

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

MEUNIER Sarah

Née le 4 décembre 1983 à Fécamp

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 octobre 2012

**Le dépistage de la dépression du post-partum par
l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS),
Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur
l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil.**

PRESIDENT DE JURY : Pr Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Dr Jean THIBERVILLE

U.F.R DE MEDECINE – PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESSEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoît VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT – M. BENOZIO – J. BORDE –Ph. BRASSEUR – R. COLIN - E. COMOY – J. DALION – P. DESHAYES – C. FESSARD – J.P FILLASTRE – P. FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET –B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J.M JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER – J.P. LEMOINE – Melle MAGARD – MM. B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY – P. MITROFANOFF – Mme A.M. ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF – J. TESTART – J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P. TRON - C. WINCKLER – L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie Pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeiya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHO	HCN	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine Interne (Gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CPMR	Médecine Physique et de Réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation Médicale

M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine Interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCN	Epidémiologie, Economie de la Santé
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale / Techniques de Communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique / Médecine – Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie – Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Melle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie / Neurochirurgie
M. Jean-François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie

M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'Urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie Cytologie Pathologique
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie Infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. Xavier LE LOËT	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Melle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine Interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
M. Eric MALLET (surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Melle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD <i>(Mise en dispo)</i>	HCN	Réanimation médicale, médecine d'urgence
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion

M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie Digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie Génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et Traitement de l'Image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jérémy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme. Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, Economie de la Santé

M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences Humaines – Techniques d'Expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie Organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M. Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie Analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie

M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation Pharmaceutique et Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Melle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Melle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie Analytique
Melle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie Organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Science du Médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie Thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU**

Pharmacie Officinale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie **ANZELLOTTI**

Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice **COQUEREL**

Chimie Analytique

M. Johann **PELTIER**

Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine Générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine Générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

M. Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle

CB – Centre Henri Becquerel

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB – Hôpital de Bois Guillaume

CHSR – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINES

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Melle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie Organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie Analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADROUCH	Biochimie et Biologie Moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et Biologie Moléculaire (unité Inserm 614)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI	Biochimie et Biologie Moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Priscille Gerardin,
Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,
Pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, veuillez trouver
ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Eric Mallet,
Vous me faites l'honneur de juger cette thèse,
Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

À Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber,
Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, je vous en remercie et vous suis très
reconnaissante.

À Monsieur le Docteur Jean Thiberville,
Pour avoir accepté de diriger mon travail, et pour la confiance que tu m'as accordée, je te
remercie sincèrement.

À Thomas, Pour ton amour, ton soutien et ta grande patience, merci d'être là.
À Nola, notre princesse, et Thibault, mon Tout-beau, Merci pour tous les petits
bonheurs quotidiens, Je vous aime.

À Cécile, Ma grande sœur, Merci d'avoir été à mes côtés depuis toujours. Ton
écoute, ta sensibilité et ton humour me sont d'une grande aide. Sache-le.

À mes parents, pour votre soutien et votre affection,

À ma sœur Camille et à mes frères Baptiste, Guillaume, Manu, Seb,

À mes beaux-parents,

À mes beaux-frères et belles-sœurs,

À toute ma famille,

À mes amis, et mes anciens co-internes,
À Charlotte et Lucie, en souvenir de nos moments passés ensemble pendant
l'externat, la thèse nous paraissait si loin...

Au Docteur Joël Ladner, pour son aide précieuse dans l'analyse statistique de cette
modeste étude, merci.

À tous les médecins qui ont participé à l'enquête (et leurs patientes), un grand merci.

Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil.

Sommaire

1 - INTRODUCTION.....	18
2 - GÉNÉRALITÉS SUR LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM	19
2.1 - Le développement de la psychiatrie périnatale : historique.	19
2.2 - Les classifications internationales	21
2.3 - Une spécificité encore discutée	23
2.4 - Approche psycho-dynamique de la parentalité	24
2.5 - La dépression du post-partum (DPP) : une symptomatologie atypique	25
2.6 - Les facteurs de risque de dépression du post-partum	28
2.7 - Fréquence de la dépression du post-partum	31
2.8 - Date d'apparition, évolution et complications.....	31
2.9 - Les diagnostics différentiels.....	34
2.9.1 - LE POST-PARTUM BLUES	34
2.9.1 - LA PSYCHOSE PUERPÉRALE	35
2.9.3 - Autres diagnostics différentiels.....	36
3 - REPÉRER LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM : LES OUTILS DISPONIBLES.....	37
3.1 - Les outils d'évaluation et d'aide au diagnostic de dépression	37
<i>Les entretiens cliniques semi-structurés</i>	38
<i>Les échelles</i>	39
3.2 - Les caractéristiques de l'EPDS.....	41
4 - L'ENQUETE.....	43
4.1 - PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE.....	43
4.1.1 – Objectifs.....	43
4.1.2 - Matériel et méthode	44
4.2 - RÉSULTATS.....	47
4.2.1 - Caractéristiques des médecins recrutés.....	47
4.2.2 - Déclarations des médecins avant l'étude.	48
4.2.3 - Distribution des EPDS par les médecins participants.....	50

4.2.4 - Résultats concernant les EPDS récupérés.	51
4.2.5 - Interprétation des EPDS par les médecins participants.	54
4.2.6 - Opinions des médecins participants concernant l'EPDS.	55
4.3 – DISCUSSION.....	58
4.3.1 - Forces et faiblesses de notre travail.	58
4.3.2 - Connaissances des médecins généralistes concernant la DPP.....	62
4.3.3 - Les 289 EPDS récupérés au cours de notre étude.	64
4.3.4 - Le vif du sujet : comment les médecins généralistes ont-ils perçu l'EPDS ?.....	67
a - L'acceptabilité et la compréhension de l'EPDS	67
b - L'interprétation de l'EPDS.	69
c - L'impact financier.	69
d - L'utilité de l'EPDS.....	70
e - Les freins relatifs à l'utilisation de l'EPDS :.....	71
4.3.5 - Les propositions pour améliorer le dépistage des dépressions postnatales.....	74
a - Une consultation dédiée ?.....	74
b - Diffuser l'EPDS, pour un dépistage à grande échelle ?	75
c – L'exemple de l'Australie : un dépistage organisé des DPP.	77
d - Le questionnaire de la dépression en deux questions : une manière d'aborder la DPP avant de proposer l'EPDS ?	79
e - Les progrès récents et les perspectives.....	81
5 - CONCLUSION.....	83
6 - ANNEXES	84
ANNEXE 1 : Questionnaires utilisés pour la dépression : liens (versions imprimables)	84
ANNEXE 2 : EPDS.....	85
ANNEXE 3 : Questionnaire AVANT L'ETUDE.....	86
ANNEXE 4 : Note aux patientes	87
ANNEXE 5 : Affiche	88
ANNEXE 6 : Consignes aux médecins.....	89
ANNEXE 7: Questionnaire APRES L'ETUDE.....	90
7 - BIBLIOGRAPHIE.....	91

1 - INTRODUCTION

La maternité est culturellement associée au bonheur et à l'épanouissement. Mais plus d'une femme sur dix ne vit pas cette période de façon aussi heureuse. La tristesse ou l'absence de plaisir à s'occuper du bébé provoquent un profond désarroi chez la jeune mère. En minimisant ses sentiments négatifs, ou par culpabilité, elle ne va pas facilement se confier à ses proches, ni même à son médecin.

Quand, au cours de mon internat, j'ai commencé à m'intéresser à la dépression du post-partum et ai envisagé d'en faire le sujet de ma thèse, certaines personnes de mon entourage m'ont révélé avoir vécu un réel mal-être après leur accouchement. Une personne de ma famille, une amie, puis une autre, auraient eu un « baby blues prolongé » m'ont-elles dit, évitant le terme tabou de dépression. J'ai alors pris conscience de la fréquence de ce trouble, auquel je me sentais mal préparée malgré ma formation universitaire. Quand et comment reconnaître la dépression postnatale ? Dans quelles situations faut-il être particulièrement vigilant ?

Dans la littérature, un outil de dépistage est très souvent cité : l'Edinburgh Postnatal Depression Scale ou EPDS, appelé encore échelle postnatale d'Édimbourg. Comment se présente-t-il ? Quand l'utiliser ? Destiné aux professionnels de premier recours, cet outil est-il réellement adapté aux pratiques des médecins généralistes ?

C'est en voulant répondre à ces questions qu'est né ce travail, sous la direction d'un médecin généraliste intéressé par ce sujet. En tant qu'omnipraticiens, nous avons un rôle majeur à jouer dans la prévention, le dépistage et la gestion des dépressions périnatales.

Ainsi, dans une première partie, nous présenterons la dépression du post-partum, son histoire, ses critères diagnostiques, son évolution, ses facteurs de risque. Puis nous exposerons les différents outils utilisés dans la littérature pour la repérer, et préciserons les caractéristiques de l'EPDS, outil standardisé pour son dépistage. Enfin, nous décrirons notre enquête réalisée auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands évaluant leur intérêt et leurs réticences à utiliser l'EPDS.

2 - GÉNÉRALITÉS SUR LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM

2.1 - Le développement de la psychiatrie périnatale : historique.

Les troubles psychiatriques qui affectent la jeune mère sont décrits depuis l'antiquité. Ainsi, Hippocrate (460 – 377 av J.C.) le signalait déjà dans son traité « des maladies des femmes » en les décrivant comme « fièvre de la parturiente », proposant l'hypothèse selon laquelle les lochies (pertes sanguines normales après l'accouchement) et le lait remonteraient au cerveau.

La notion de lien direct entre l'utérus et le cerveau a traversé les siècles, et ce n'est qu'au 19^{ème} siècle qu'apparaissent les bases de la psychiatrie périnatale. En 1845, Esquirol ⁽²⁵⁾, psychiatre français, observe chez de jeunes accouchées des troubles psychiatriques modérés ne nécessitant ni hospitalisation ni investigation. Il insiste cependant encore sur le rôle de la lactation dans la genèse de ces troubles. En 1858, Louis Victor Marcé ⁽⁶⁸⁾ rompt avec cette théorie, il s'insurge contre les conceptions psychopathologiques d'Hippocrate en précisant le siège cérébral des troubles psychiatriques. Il décrit deux types d'accidents nerveux : « ...ceux qui apparaissent dans les 8 ou 10 premiers jours qui suivent la délivrance et dont l'origine peut être légitimement rapportée à la fièvre du lait ou à l'ébranlement nerveux qui accompagne l'accouchement » et « ...ceux qui ne se développent que vers la 5^{ème} ou 6^{ème} semaine ». On peut penser qu'il s'agit peut-être là d'une première approche du « baby-blues » et de la dépression du post-partum. Les Britanniques reprendront par la suite le nom de cet illustre précurseur de la psychiatrie périnatale dans l'association dénommée « The Marcé Society »⁽⁹⁵⁾, à diffusion internationale, ayant pour but la recherche sur la compréhension, la prévention et le traitement des affections mentales liées à la naissance.

Peu de publications sur la psychiatrie périnatale ont été réalisées jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. L'histoire de l'accouchement et de la naissance est surtout marquée au XX^{ème} siècle par la baisse progressive des mortalités infantile et maternelle grâce aux conditions d'hygiène et d'asepsie chirurgicale. Progressivement, la douleur ou la souffrance psychique ont été reconsidérées.

Racamier ⁽⁸⁵⁾, psychiatre d'adulte et psychanalyste français, a clairement individualisé la période de la puerpéralité comme une des étapes les plus fondamentales dans la vie d'une femme et dans son développement psychoaffectif. Il réalisa dès 1960 les premières hospitalisations mères-bébés dans l'Oise. Il nomme **maternité** « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui découlent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité », et

la compare à l'étape maturative de l'adolescence, par ses points communs en termes de changement corporel, de modifications hormonales, de changement de statut social, de remaniements identitaires.

À partir des années 1968-70, des collaborations entre gynéco-obstétriciens et psychiatres et/ou psychologues se mettent en place dans les maternités. En 1968, Yalom et coll. ⁽¹⁰⁵⁾ introduisent le terme de « post-partum blues », syndrome autonome et bénin sans relation avec les psychoses du post-partum. Toujours en 1968, Pitt ⁽⁸²⁾ décrit « la dépression atypique suivant la naissance », dépression non psychotique, sans idées suicidaires, ralentissement psychomoteur ni labilité de l'humeur, mais avec prédominance de symptômes névrotiques tels que l'anxiété, l'irritabilité, les phobies et l'insomnie d'endormissement. La définition de la dépression du post-partum a peu changé depuis.

À partir des années 1980, une dichotomie nette s'effectue entre le baby blues et la dépression du post-partum. En 1984, avec Lemperière et coll. ⁽⁶³⁾ dans l'avant dernière version de l'Encyclopédie médicochirurgicale, apparaît la distinction entre le post-partum blues, les psychoses du post-partum, les dépressions mineures ou atypiques du post-partum et les dépressions du post-abortum. Un consensus va s'instaurer au début des années 1990 permettant de distinguer de manière chronologique les complications psychiatriques qui suivent l'accouchement ⁽²¹⁾ :

DENOMINATION	DATE DE DEBUT	INCIDENCE
Stress post-traumatique	Dès les 24 premières heures	0.1 %
Baby blues	Du 1 ^{er} au 10 ^{ème} jour	>50 %
Psychose puerpérale	De la 1 ^{ère} à la 6 ^{ème} semaine	0.2 %
Dépression post-partum	Distante de l'accouchement de 4 à 6 semaines	10 à 15 %

2.2 - Les classifications internationales

Les deux classifications des troubles mentaux les plus utilisées sont la classification internationale des maladies (CIM) et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

La CIM ⁽¹⁷⁾ est internationale et publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en plusieurs langues. C'est avant tout une classification statistique de morbidité et de décès. Les troubles du post-partum, exclus de la CIM-9, apparaissent dans la CIM-10 en 1993. La grande innovation est de distinguer, dans le cadre des « troubles mentaux et troubles du comportement associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques » (catégories F50-F60), la section F53 des « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs ». Cette dernière est elle-même subdivisée :

F53-0	Légers	Dépression après un accouchement Dépression du post-partum
F53-1	Sévères	Psychose puerpérale
F53-8	Autres	
F53-9	Sans précision	Trouble mental de la puerpéralité, sans précision

L'éditeur recommande de classer dans cette catégorie F53 les troubles mentaux associés à la puerpéralité **s'ils apparaissent durant les six premières semaines après l'accouchement**. Cependant, si cette limite temporelle est dépassée, il est possible d'associer le diagnostic d'un trouble mental spécifique et la catégorie 099-3 « troubles mentaux et maladie du système nerveux compliquant la puerpéralité ».

Le DSM ⁽³⁾ est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie. Devenu outil international, il est utilisé dans de nombreux pays pour la classification des pathologies psychiatriques. Il repose sur une approche descriptive, chaque catégorie diagnostique comporte des critères d'inclusion et d'exclusion aussi précis que possible, afin d'éliminer les « faux positifs ».

Le DSM comporte cinq axes : 1/ les troubles mentaux. 2/ les troubles de la personnalité et le retard mental. 3/ la santé mentale. 4/ les stress psychosociaux et l'environnement. 5/ le fonctionnement global, l'adaptation.

L'innovation du DSM IV paru en 1994 par rapport aux éditions précédentes est l'apparition du critère diagnostique « avec début lors du post-partum », applicable si le début de l'épisode survient **dans les quatre premières semaines qui suivent l'accouchement**. Cette spécification est applicable à différents épisodes : Trouble dépressif majeur, épisode

isolé (296.2x) ou récurrent (296.3x) ; Trouble bipolaire (296.0x ; 296.4x ; 296.6x ; 296.5x ; 296.89) ; trouble psychotique bref (298.8).

Critères d'un syndrome dépressif majeur (DSM IV) :	
A.	Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. N-B : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur. 1 – Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p.ex., pleure). N-B : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent. 2 – Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). 3 – Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N-B : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue. 4 – Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. 5 – Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur). 6 – Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. 7 – Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). 8 – Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). 9 – Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B.	Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.
C.	Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
D.	Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex., une hypothyroïdie).
E.	Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Un certain flou persiste pour situer les dépressions postnatales modérées, qui peuvent alors être qualifiées *d'épisode dépressif majeur d'intensité légère* si elles remplissent les critères de l'épisode dépressif majeur (il a été suggéré en France de remplacer le qualificatif "majeur" par "caractérisé", afin d'éviter les confusions). Le cas échéant, elles peuvent entrer dans la catégorie *épisode dépressif mineur* (association d'une humeur triste ou d'un anhédonisme avec au moins un des symptômes caractérisant l'épisode dépressif majeur, pendant un minimum de deux semaines), mais cette catégorie ne peut pas être associée à l'indice « début dans le post-partum ».

Les classifications internationales, même si elles évoluent, n'individualisent donc pas la dépression du post-partum comme catégorie.

Leur limite principale est temporelle. En effet, les études épidémiologiques ont clairement démontré que le risque dépressif ne se limite pas aux quatre ou six premières semaines après l'accouchement. Les troubles débutent souvent dans le premier mois après la naissance, mais se prolongent bien au-delà. ^(24, 41) Ainsi, de nombreux experts s'associent à la Société Marcé pour définir cette dépression comme un épisode survenant **dans la première année du post-partum**.

Une seconde limite des classifications est sémiologique, ne conduisant à prendre en compte qu'une partie des dépressions du post-partum. Souvent discrètes, elles ne remplissent pas alors les critères d'état dépressif majeur.

2.3 - Une spécificité encore discutée

Un débat existe sur la spécificité de la dépression du post-partum. Certains auteurs soutiennent sa spécificité, en raison de sa symptomatologie atypique, de sa fréquence, son évolution... ; et d'autres comme O'Hara ^(78, 80) et Whiffen ⁽¹⁰¹⁾, s'y opposent, en raison de la non spécificité des facteurs de risque, des symptômes qui entrent dans des tableaux déjà répertoriés (épisode dépressif majeur ou trouble de l'ajustement avec humeur dépressive), des antécédents fréquents de dépression parmi ces femmes, d'une date d'apparition peu spécifique car pouvant débuter dès la grossesse.

Cependant, beaucoup d'auteurs accordent à cette dépression un diagnostic distinct. Dans la plupart des études, le manque de consensus sur la définition de la dépression postnatale, l'absence d'uniformité de la période d'incidence et d'évolution, les échantillons petits et non représentatifs ainsi que les techniques différentes de mesure (outils et périodes d'évaluation), sont à l'origine de statistiques inadéquates qui ne permettent pas de conclure.

Ce débat est essentiellement théorique et a plus de conséquence pour la recherche que pour la clinique.

2.4 - Approche psycho-dynamique de la parentalité

La dépression du post-partum survient dans un contexte particulier : la femme devient mère et elle est soumise à de nombreux remaniements psychiques. La satisfaction obtenue par la maternité s'accompagne aussi de la reviviscence de pertes et deuils réels et imaginaires : perte de l'enfance, deuil de l'enfant imaginaire, perte de l'objet maternel, conflits infantiles, traumatismes et deuils. ⁽²⁰⁾

Une certaine vulnérabilité psychique, parfois non extériorisée, se développe graduellement pendant la grossesse et le post-partum. Bydlowski ⁽¹¹⁾ a remarqué un accès plus facile aux pensées refoulées chez les femmes enceintes, et qualifie cet état de « transparence psychique ».

Selon Racamier ⁽⁸⁵⁾, le fonctionnement du psychisme maternel « s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité "psychotique" ». Dans la même ligne, Winnicott ⁽¹⁰³⁾, psychanalyste britannique, décrit la notion de « préoccupation maternelle primaire » caractérisant cet état (« *qui serait une maladie si ce n'était la grossesse* ») de fonctionnement psychique particulier : repli sur soi et désintérêt pour tout ce qui n'a pas trait à l'enfant, mais « admirable perspicacité » pour tous les besoins de l'enfant.

Grossesse et naissance provoquent un mouvement maturatif. La future mère chemine de l'enfant fantasmatique (enfant des désirs infantiles œdipiens), à l'enfant imaginaire (enfant des rêveries), et enfin à l'enfant réel. ⁽⁶²⁾ Les processus psychiques de la mère et du père, influencés par leur propre histoire, notamment infantile, vont devoir s'articuler pour le bon cheminement du processus de parentalité. Devenir mère exige en particulier un réaménagement des liens avec sa propre mère, et de surmonter les éventuelles difficultés d'attachement rencontrées dans l'enfance.

Le bébé à peine né, aussi désiré soit-il, représente un rival narcissique. La jeune accouchée doit surmonter cette dualité en s'investissant dans une relation de tendresse et de sécurité, sans quoi son ambivalence à l'égard de l'enfant peut prendre le dessus. ⁽¹²⁾

L'impossibilité de mener correctement ces remaniements psychiques conduit aux psychopathologies périnatales.

Cette période de vulnérabilité est également propice à l'aggravation ou la décompensation de troubles psychiques préexistants.

2.5 - La dépression du post-partum (DPP) : une symptomatologie atypique

Jusqu'aux années 1990, on parlait de « la » dépression maternelle. Mais aujourd'hui, l'hétérogénéité de ce syndrome amène à parler davantage « des » dépressions postnatales ⁽⁴⁵⁾. Les dépressions du post-partum sont souvent différenciées, selon les symptômes et leur intensité, en dépressions majeures ou mineures. Ces dernières risquent d'être méconnues et non traitées, mais elles ne sont « mineures » que par leur symptomatologie, non par leur gravité (l'incidence sur les échanges mère-bébé existe et ne doit pas être minimisé).

Pour N. Guedeney ⁽⁴⁵⁾, pédopsychiatre française, il existe, quelles que soient les classifications, trois notions indispensables pour faire le diagnostic :

- 1- Un ensemble de troubles suffisamment durables d'au moins 2 semaines avec des symptômes au moins la moitié du temps ;
- 2- Des troubles entraînant pour la mère une gêne ressentie ou handicapante dans son fonctionnement ;
- 3- La présence d'une humeur modifiée associée à un certain nombre de symptômes de la lignée dépressive.

Certains signes cliniques sont peu spécifiques, d'autres plus caractéristiques :

Tendance à pleurer et tristesse de l'humeur. Paradoxalement, le nourrisson semble préservé de la tristesse maternelle. Avec lui, la maman retrouve le moral, mais une attention plus soutenue montre que ce rebond thymique est bref, passager, vite interrompu par l'ennui ou l'irritabilité.

Fatigue, asthénie, lassitude physique et intellectuelle, épuisement. Le sentiment d'être débordée par toutes les tâches nécessaires aux soins du bébé est classique et plus spécifique.

Perte des intérêts habituels concernant sa famille, son activité professionnelle, ou le monde extérieur. Ceci est difficilement interprétable compte tenu du bouleversement qu'entraîne l'arrivée d'un bébé dans le foyer.

Perte de la libido. Elle est quasi constante normalement peu de temps après l'accouchement, mais persiste plusieurs semaines dans la DPP.

Troubles du sommeil : insomnie, cauchemars. On observe plus fréquemment des difficultés d'endormissement (contrairement aux réveils précoces de la dépression classique). L'hypersomnie est plus rare.

Plaintes somatiques. Elles sont diverses et souvent envahissantes. Elles constituent un signe d'alerte de dépression du post-partum en l'absence de cause objective identifiée.

Troubles de la concentration et de la mémoire, majorant l'**anxiété**. Ces troubles accentuent le sentiment d'incapacité à faire face aux besoins de l'enfant.

Troubles de l'appétit, le plus souvent à type d'anorexie. Une perte de poids brutale et importante, supérieure à celle attendue dans ce contexte post-natal, doit alerter.

Idées noires. Elles sont peu exprimées spontanément. Il semble que, jusqu'au sixième mois, le nourrisson a un effet protecteur contre la présence d'idées suicidaires, voire de passage à l'acte.

D'après Dayan ⁽²¹⁾, les éléments les plus caractéristiques de DPP sont :

Le sentiment d'incapacité *physique* à répondre aux besoins de l'enfant. Les mères se décrivent comme débordées. Elles remettent en cause leur faculté à être parent. Elles s'accusent souvent à tort quand tout ne se passe pas comme prévu avec leur enfant. Elles se plaignent de ne pas être suffisamment épaulées par leur conjoint : ce qui peut être vrai mais également lié au refus d'aide. Elles sont partagées entre la joie d'avoir un enfant et le sentiment de ne pas être capable de jouir de la présence de cet enfant.

L'absence de plaisir à pratiquer les soins du nourrisson.

Les phobies d'impulsion, avec une angoisse très vive de faire du mal au bébé. Ces angoisses apparaissent quand la maman est seule avec son enfant, s'accompagnent d'un fort sentiment de culpabilité. Les authentiques passages à l'acte sont cependant rarissimes.

L'irritabilité ou l'agressivité dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie.

Ainsi, dans la dépression du post-partum, la tristesse de l'humeur, l'aboulie ou les idées suicidaires ne prédominent pas (fait sans doute expliqué par la pression culturelle face à un événement supposé heureux comme la naissance), à l'inverse des symptômes d'allure névrotique.

Dayan ⁽²¹⁾ qualifie alors la DPP de **dysthymie asthénique et irritable** affectant centralement la relation à l'enfant et aux soins. Il propose le tableau suivant pour différencier dépression ordinaire et dépression du post-partum, même si les différences détaillées ne peuvent être considérées comme constantes ni caractéristiques, faute d'une validation suffisante :

<i>Dépression du post-partum</i>	<i>Dépression ordinaire</i>
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveils précoces
Labilité émotionnelle	Constance de l'humeur
Rares idées suicidaires	Assez fréquentes idées suicidaires
Perte d'estime de ses capacités maternelles	Perte d'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
Rareté du ralentissement psychomoteur	Fréquence du ralentissement psychomoteur

La plupart des dépressions du post-partum sont d'intensité légère à modérée, ce qui ne facilite pas le diagnostic ^(20, 45). Parfois, la DPP est sévère, d'allure mélancolique, avec des idées délirantes centrées sur le bébé et un certain degré de confusion mentale, posant un problème de diagnostic différentiel avec la psychose puerpérale.

Dayan décrit en 1998 deux aspects cliniques à ces dépressions :

Dans la première forme prédominent l'asthénie, l'anxiété et l'irritabilité, affectant centralement la relation à l'enfant et aux soins. Les plaintes principales de la mère sont une grande fatigue et un sentiment d'abattement, mis sur le compte de l'accouchement. Les pleurs, les cris du bébé irritent la mère, elle ressent son enfant comme un fardeau, se le reproche et en a honte. Ce bébé représente un être exigeant, insatiable, source de colère. A l'extrême, la jeune mère formule des pensées ou des impulsions qui lui sont insupportables : vouloir « se débarrasser de lui », se sentir poussée à le jeter par la fenêtre, le blesser, le noyer... Elle est totalement terrorisée par ces pensées destructrices. La moindre difficulté rencontrée prend des connotations négatives disproportionnées : par exemple, si l'enfant ne tète pas bien au sein, elle va en conclure que son lait est mauvais. Pour réduire son angoisse, elle évite les contacts avec son bébé, le tient à distance, demande à son entourage d'en prendre soin, culpabilisant secondairement de ne pas pouvoir s'en occuper. Elle se sent indigne de son enfant, mauvaise mère.

Dans la deuxième forme clinique prédomine l'évitement et l'indifférence. C'est un état de morosité terne, d'atonie affective, de désintérêt vis-à-vis du bébé. La mère s'occupe de son enfant sans souffrance mais sans plaisir, de manière mécanique.

Dans les deux formes, plus la relation entre la mère et l'enfant est insatisfaisante, plus la dépression s'aggrave. Les relations mère-enfant s'altèrent progressivement en l'absence de prise en charge. Le bébé va avoir tendance à se replier sur lui-même, alors que la mère attend au contraire que son bébé lui apporte des satisfactions pour reprendre confiance en elle.

Souvent, la jeune mère masque son état et n'est pas capable de faire appel à des soignants, ni même à son entourage. Malgré parfois la sévérité des symptômes de dépression du post-partum, femmes et praticiens ne l'identifient pas comme telle.

Très souvent, les demandes de consultations concernent le bébé : troubles du sommeil avec éventuellement des balancements dans son berceau, difficultés alimentaires (anorexie, régurgitations, « bébé ne supporte pas tel ou tel lait »), prise de poids insuffisante, affection dermatologique, pleurs prolongés ⁽²⁴⁾. Ces préoccupations anxieuses amènent la mère à solliciter sans cesse son enfant et à répondre au moindre de ses cris. L'examen clinique du nourrisson ne montrera paradoxalement aucun ou peu de signes objectifs. L'attention doit donc impérativement être orientée aussi vers la santé mentale de la mère et la qualité de la relation maman-bébé.

2.6 - Les facteurs de risque de dépression du post-partum

Ils restent encore très discutés et controversés malgré de nombreuses études épidémiologiques. Ils doivent être considérés avec prudence, ne permettant pas d'établir un lien de causalité majeur. ⁽⁴⁴⁾ Les essais de modélisation de ces facteurs de risque en questionnaire anténatal ne se montrent d'ailleurs pas assez puissants ⁽⁴⁶⁾, voire peuvent aboutir à stigmatiser les personnes par le négatif et augmenter leur sentiment de dévalorisation. Les « grilles de facteur de risques » ne prennent pas en compte l'aspect subjectif de l'impact de la naissance pour chaque mère, chaque couple, leur vulnérabilité individuelle. ⁽⁷³⁾

Schématiquement, plusieurs périodes sont intéressantes pour repérer les facteurs de risque de DPP :

❖ Avant ou au début de la grossesse :

- **Les antécédents personnels psychiatriques** (antécédent de dépression périnatale ou de dépression hors puerpéralité)⁽⁷⁸⁾, **médicaux** (maladies héréditaires, diabète, hypertension artérielle...) **ou obstétricaux** (antécédent de mort in utero, malformation fœtale, enfant hospitalisé, enfant handicapé...)
- **La biographie, le parcours de vie** : conflit conjugal,^(58, 79) absence de support social, célibat, carences affectives, séparation avec la famille et notamment avec la mère, abus dans l'enfance, toxicomanie.
- **Le niveau socio-économique** : un fort consensus existe pour admettre l'absence d'association entre la DPP et la classe sociale, le niveau d'éducation et le niveau culturel. Seul le bas niveau de revenu est corrélé à la survenue d'une DPP selon une méta-analyse d'O'Hara ⁽⁷⁹⁾. La seule absence d'emploi ne serait pas un facteur de risque, à l'inverse de l'instabilité professionnelle ou la perte de l'emploi pendant le congé maternité.
- **L'âge maternel** : les primipares tardives et les adolescentes seraient plus à risque de développer une DPP.
- **Le type de personnalité** (personnalité immature, manque de confiance).
- **L'histoire obstétricale** (grossesse non désirée, grossesse non suivie, grossesse multiple, recours à la procréation médicalement assistée).
- **La parité** comme facteur de risque est très discutée.

❖ Au cours de la grossesse :

- **Évènements stressants** ⁽⁷⁸⁾: complications obstétricales (découverte de malformation fœtale, menace d'accouchement prématuré...), deuil, évènement de vie stressant.
- **Troubles psychiques pendant la grossesse** : 20 à 40% des dépressions du post-partum seraient la prolongation ou la récurrence d'une dépression déjà présente au cours de la grossesse. ^(20, 55) L'anxiété importante au cours de la grossesse est reconnue aussi comme facteur de risque de DPP.
- **L'absence de participation au cours de préparation à la naissance** : discuté.

❖ Après la naissance :

- **Histoire de l'accouchement** (pathologies au cours du travail, anesthésie générale, césarienne en urgence, extraction instrumentale, anomalie de la délivrance). La prématurité a été évoquée comme facteur de risque, le bébé pouvant être considéré comme « non fini », engendrant une culpabilité maternelle.
- **Séparation mère-enfant** (transfert en néonatalogie).
- **Post-partum blues sévère ou prolongé.** ⁽²³⁾
- **L'allaitement maternel** : sa corrélation avec la DPP est contradictoire dans les études. Il semblerait qu'une plus grande proportion de femmes ne désirant pas allaiter développe une DPP. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'allaitement facilite la confiance et l'ajustement au rôle de mère, si celle-ci bénéficie d'un soutien environnemental adapté. Une expérience négative de l'allaitement serait un facteur de risque de DPP ⁽¹⁰⁰⁾. L'allaitement à lui seul ne constitue donc pas un rempart contre la dépression. Selon certains auteurs, le sevrage apparaîtrait comme un facteur déclenchant des DPP, car vécu comme une rupture.
- **Les facteurs biologiques** ont été les premiers étudiés. Les taux d'œstrogènes, de progestérone, de bêta-endorphine, de noradrénaline, de cortisol, de tryptophane, n'ont pas donné de résultats significatifs chez les femmes souffrant de dépression du post-partum. ⁽⁷⁸⁾ Seuls **les dysfonctionnements thyroïdiens** (hypo ou hyperthyroïdie, présence d'anticorps antithyroïdiens) sont rapportés à un excès significatif de symptomatologies dépressives.
- **Le tempérament du bébé** : Murray ⁽⁷⁵⁾ en 1998 montre que certaines caractéristiques telles que l'irritabilité ou un faible tonus moteur du bébé influencent le risque de survenue d'une DPP.
- **Les facteurs sociaux et environnementaux** : manque de soutien social, difficultés relationnelles de la jeune mère avec sa mère, faibles revenus, instabilité professionnelle, dépression du conjoint.

Ainsi, la survenue d'une dépression du post-partum est d'origine multifactorielle, psychologique, biologique, environnementale, socio-anthropologique. ⁽⁴⁴⁾

La présence de ces facteurs de risque ne prédit pas une dépression du post-partum de façon certaine, mais doit alerter le professionnel de santé, attirer son attention dans une perspective de prévention et de prise en charge précoce.

2.7 - Fréquence de la dépression du post-partum

Les chiffres de prévalence de la DPP varient de 3 à 25 % des parturientes. Compte tenu de la diversité des méthodologies et des critères diagnostiques, l'interprétation des résultats de prévalence est difficile avec des chiffres disparates. Les variations résultent de la taille de l'échantillon étudié, de la population concernée (par exemple la parité : une étude n'incluant que les primipares est difficilement généralisable), de l'utilisation ou non d'un groupe contrôle, d'une randomisation, du moment d'évaluation (de deux semaines à plusieurs mois après l'accouchement), des caractéristiques de l'instrument de dépistage (entretiens semi-directifs, auto-questionnaires...), des critères de diagnostic retenus. Les études basées sur des auto-questionnaires ont tendance à surestimer la fréquence ; celles qui se déroulent sur une longue période trouvent une fréquence plus élevée que celles sur des périodes courtes.

Retenons que **10 à 20 % des femmes débuteraient une dépression dans le post-partum.**^(37, 55, 58) Une méta-analyse effectuée par O'Hara et Swain⁽⁷⁹⁾ en 1996 retrouvait une prévalence de **13%**.

Plus des deux-tiers des DPP seraient des dépressions mineures.^(20, 32)

2.8 - Date d'apparition, évolution et complications

Le début des troubles se situe entre 4 et 6 semaines après l'accouchement pour la majorité des patientes. Le plus souvent, la DPP apparaît insidieusement et après une période de latence, mais elle fait parfois suite à un baby blues intense qui se prolonge. Un deuxième pic de fréquence a été décrit, au cours du deuxième semestre après la naissance ou entre le 9^{ème} et le 15^{ème} mois.^(1, 23)

La durée des épisodes est variable, de trois à quinze mois. La moitié, voire la grande majorité de ceux-ci, est résolutive en trois à six mois. Cependant, certains épisodes durent des mois et sont encore présents au terme d'une année pour un quart des femmes.⁽⁵⁸⁾ Une partie de ces dépressions persiste plusieurs années.^(38, 58) La durée de l'épisode dépressif est en relation avec sa sévérité, les formes sévères étant généralement plus durables.

L'importance du dépistage de la DPP tient au fait qu'elle retentit non seulement sur la mère, mais également sur le nouveau-né, le partenaire, les autres membres de la famille, et l'entourage.

❖ Conséquences de la DPP sur la femme :

Le risque suicidaire est faible, mais non nul. ⁽⁶⁵⁾

La dépression du post-partum peut récidiver lors d'une grossesse ultérieure, avec un risque de 30 à 50%, ou à une autre période de la vie, se rapprochant alors d'un état de vulnérabilité dépressive générale. ^(1, 20)

❖ Conséquences de la DPP sur les interactions mère-enfant :

Les comportements maternels, par non-disponibilité affective, deviennent le plus souvent anti-contingents, c'est-à-dire ne répondant pas de manière appropriée aux signaux de l'enfant. Par exemple, une mère déprimée met en moyenne deux fois plus de temps à répondre à une vocalisation de son bébé, et y répond avec des phrases plus longues, donc moins adaptées. ⁽⁹⁸⁾

Les études ont permis de relever deux modes de comportements interactifs entre une mère déprimée et son nourrisson : le mode « intrusif » et le mode « en retrait ». ⁽²⁷⁾ Les mères intrusives seraient globalement sur-stimulantes, notamment au toucher, et parlant avec rudesse d'une voix exprimant de la colère ; les mères en retrait seraient au contraire désengagées dans l'interaction, le regard évasif, vite ennuyées. En réponse, les nourrissons de mères intrusives seraient plus méfiants, évitant le regard pour s'attarder davantage aux objets ; les bébés de mères en retrait seraient plus plaintifs (cris, pleurs) avec plus d'expressions de détresse.

Les interactions sont perturbées tant en quantité qu'en qualité. Les soins sont rigides, peu adaptés aux besoins manifestes du bébé : ils sont opératoires, réalisés sans plaisir. Des moments de sollicitude anxieuse démesurée peuvent alterner avec une indisponibilité totale à l'égard du bébé, voire une intolérance aux pleurs du bébé, avec un risque de négligence ou de maltraitance de la part de la mère. ⁽²⁶⁾

Ces troubles des interactions pourraient expliquer une fréquence plus élevée de troubles de l'attachement, de type insécure, retrouvée chez les enfants de mères déprimées en post-partum.

❖ Conséquences de la DPP sur le développement de l'enfant :

Les bébés de mères dépressives peuvent présenter une passivité dans les interactions, avec plus de réponses aux contacts établis par autrui que d'initiation de ces contacts. On peut observer aussi un retard à l'autonomie lié à l'excès de contrôle de la mère sur son enfant. En

l'absence de correction précoce, le développement de l'enfant peut être perturbé à plus long terme.

Des troubles du sommeil chez les bébés, des difficultés de séparation sont décrits chez les jeunes enfants de mères déprimées. ⁽⁴⁵⁾ D'autres troubles sont cités dans la littérature : régurgitations, eczéma, infections ORL à répétition, cassure de la courbe de poids, balancements dans le berceau.

L'étude prospective de Sutter-Dallay et al. ⁽⁹³⁾, à Bordeaux, évaluant pendant 24 mois 497 dyades mère-enfant, a montré chez certains enfants de deux ans des scores plus faibles de développement cognitif, s'expliquant en partie par la persistance ou la répétition de symptômes dépressifs maternels dans le post-partum précoce.

Chez les enfants d'âge scolaire, l'instabilité affective, l'anxiété, l'hyperactivité, des difficultés scolaires, des troubles du langage (d'ordre plus qualitatifs que quantitatifs, dans le développement syntaxique notamment) ont été décrits, et affecteraient plus le garçon que la fille.

Murray et al. ⁽⁷⁶⁾ ont suivi pendant 5 ans des enfants de mères ayant présenté une dépression postnatale, et ont montré au minimum des inadaptations scolaires, voire de réels désordres psychoaffectifs et mentaux chez ces enfants (troubles de l'attachement, jeux moins créatifs et plus mécaniques, scores cognitifs plus faibles). Les performances au Certificat Général de l'Education Secondaire britannique chez ces enfants, âgés de 16 ans, ont été plus faibles, mais uniquement chez les garçons. ⁽⁷⁴⁾

Certaines études suggèrent toutefois que le risque induit par la DPP ne devient consistant qu'en association avec d'autres facteurs de risque, socio-économiques notamment, ou lorsque les troubles dépressifs maternels sont récurrents ou tendent vers la chronicité, ou encore en l'absence près de l'enfant de figure substitutive pouvant assurer un minimum d'apport émotionnel de qualité (effet « tampon » possible du père). ^(20, 98)

De plus, s'il est souvent suggéré que les troubles interactifs précoces induisent les modifications observées du développement, l'hypothèse d'un impact de l'humeur dès la période intra-utérine ne peut être écartée. Une étude prospective française réalisée par Gerardin et al. entre 2004 et 2006 a montré, en cas de stress et dépression maternelle pré-partum, une prédominance de troubles anxieux et de troubles du sommeil chez les enfants âgés d'un an, surtout chez les garçons. ⁽³⁶⁾

❖ Conséquences sur le couple :

Plus la relation mère-enfant se dégrade, plus la relation conjugale devient tendue. Les difficultés au sein du couple sont entretenues par les sentiments d'incompréhension, de déception, de colère, ainsi que par les reproches mutuels formulés ouvertement ou suggérés. La mère peut reprocher à son conjoint de ne pas la comprendre et de ne pas l'aider. Il peut être difficile de dissocier les tensions conjugales de la dépression maternelle : quelque fois la dépression trouve sa source dans les difficultés conjugales mêmes, d'autres fois, c'est la dépression maternelle qui met en péril la relation conjugale.⁽⁹⁸⁾ Le risque de projection de ces tensions sur l'enfant existe : l'enfant est alors tenu responsable de la détérioration du couple.

Neuf pour cent des pères présenteraient un épisode dépressif dans les six premiers mois de post-partum ⁽⁷⁰⁾, trouble très souvent associé à une dépression maternelle. ^(81, 89)

2.9 - Les diagnostics différentiels

2.9.1 - LE POST-PARTUM BLUES

Communément appelé baby-blues, ou blues du 3^{ème} jour, il n'est pas considéré comme un état pathologique, il n'est donc pas référencé dans les classifications internationales.

Il est marqué par une asthénie, des pleurs ou crises de larmes déclenchées sans motif, une labilité de l'humeur, des plaintes somatiques diverses. Souvent, la jeune maman est irritable ou se plaint d'être délaissée, en quête d'affection. Un événement désagréable est parfois à l'origine de crise de pleurs, tels que l'absence ou l'abondance de visites, des difficultés d'allaitement, une petite anomalie chez le nouveau-né... Malgré ces symptômes, la jeune mère reste attentive aux soins du bébé, s'intéresse à lui, communique, et est consciente de sa fragilité passagère.

Ces symptômes apparaissent entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour après l'accouchement, et diminuent rapidement pour disparaître avant le 10^{ème} jour. Le blues est donc bref, pouvant même se limiter à quelques heures parfois.

Cet état est très fréquent, il apparaîtrait en moyenne chez la moitié des parturientes (prévalence de 30 à 80% selon les auteurs). Il est indépendant des facteurs culturels et sociaux.

Il ne présente pas de gravité en lui-même, et ne nécessite aucun traitement spécifique en dehors d'une écoute, d'une attitude empathique et de compréhension de la part de l'entourage et du personnel soignant de la maternité. Ces manifestations, qui peuvent être déroutantes pour la mère et son conjoint, surtout à la naissance du premier enfant, doivent donc être expliquées afin de dédramatiser la situation. Cependant, les tableaux plus sévères ou se prolongeant au-delà de dix jours doivent alerter et faire craindre les prémices d'une dépression majeure du post-partum. ^(23, 26, 66)

2.9.1 - LA PSYCHOSE PUERPÉRALE

Le terme de psychose puerpérale, qui fait suite à celui de « folie puerpérale », est resté longtemps ambigu et imprécis. Actuellement il s'applique uniquement aux troubles psychiatriques du post-partum ayant une note délirante. Cependant, il apparaît comme très probable que ces manifestations correspondent à différentes pathologies, qu'il s'agisse de bouffées délirantes aiguës, de trouble de l'humeur ou d'une décompensation psychotique chez les patientes schizophrènes. ⁽⁶⁶⁾

La psychose puerpérale est un épisode psychotique aigu réalisant un état confuso-délirant, avec obnubilation voire désorientation temporo-spatiale, hallucinations auditives ou visuelles conduisant à des illusions ou fausses reconnaissances. Le délire est généralement centré sur l'enfant (déné de l'enfant ou de la filiation). La clinique est bruyante, l'adhésion au délire est majeure et la participation anxieuse intense.

Elle se manifeste dans la majorité des cas entre la première et la troisième semaine postnatale. Sa fréquence est rare, estimée entre 1 et 2 parturientes sur 1000.

Les complications à redouter sont essentiellement le risque suicidaire, le risque d'infanticide, majeur dès les premiers jours, ainsi que l'évolution vers une pathologie psychiatrique chronique pour 10 à 15% des cas, tableau associé au premier épisode aigu d'un trouble bipolaire ou d'une schizophrénie. Le pronostic reste globalement favorable : guérison dans deux tiers des cas, récurrence parfois pour moins de 25% des cas, sur le même mode, lors d'une grossesse ultérieure.

L'hospitalisation de la femme est indispensable, en unité psychiatrique (hospitalisation libre ou sur demande d'un tiers) ou en unité mère-bébé quand les conditions de sécurité sont réunies.

2.9.3 - Autres diagnostics différentiels

Ils ne seront que cités, mais ne doivent pas être omis dans la démarche diagnostique :

- **Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD)**, s'apparentant à un choc psychologique qui survient dans les 48h suivant l'accouchement ; ce dernier, souvent long et difficile, est vécu comme un traumatisme. La mère peut alors repousser son enfant, le tenant pour responsable. Le tableau clinique associe anxiété, hyper-vigilance, cauchemars. Le PTSD conduit souvent à une dépression majeure. Une prise en charge psychiatrique est requise, idéalement dans une unité mère-enfant.
- **L'hypothyroïdie.**
- **Le syndrome de Cushing.**
- **Les dépressions induites par des drogues psycho-actives.**

3 - REPÉRER LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM : LES OUTILS DISPONIBLES

La dépression du post-partum pose le problème particulier d'être peu reconnue, et donc peu traitée. Elle passe fréquemment inaperçue dans les soins primaires, plusieurs auteurs s'accordent à dire que près de la moitié des DPP ne seraient pas diagnostiquées par les professionnels de santé. ^(9, 18, 39, 41)

La jeune mère n'ose pas facilement parler de son trouble à ses proches, d'autant plus que les relations familiales et amicales, la culture et les médias (télévision, journaux féminins...) véhiculent l'image d'une maternité heureuse. Mais cette dénégaration touche parfois aussi les soignants, qui peuvent avoir tendance à banaliser les symptômes (mis sur le compte d'un baby blues) ou à adhérer aux explications pseudo-rationnelles des patientes (elles attribuent leur immense fatigue à l'arrivée du bébé, leur irritabilité à des difficultés sociales ou conjugales...). Quand elles-mêmes prennent conscience de leur mal-être, la culpabilité ne les incite pas à demander de l'aide.

Malgré les controverses portant sur la définition même de la dépression du post-partum, les données sont suffisamment nombreuses pour affirmer que ce trouble est fréquent, affectant plus d'une femme sur dix, et aux conséquences non négligeables.

Une amélioration du dépistage et de la prise en charge de cette pathologie représente donc un réel enjeu de santé publique.⁽¹⁾

3.1 - Les outils d'évaluation et d'aide au diagnostic de dépression

L'évaluation clinique par un médecin spécialiste reste le moyen le plus sûr pour poser le diagnostic de dépression. Mais plusieurs outils ont été conçus pour aider au diagnostic ou pour quantifier l'intensité de l'état dépressif. Certains outils sont destinés aux professionnels de soins primaires. Ils ont également servi dans de nombreuses études pour uniformiser les mesures et assurer leur bonne reproductibilité.

En pratique courante, l'utilisation des tests reste cependant limitée, et souvent réservée à des fins de recherche. Les études épidémiologiques procèdent habituellement en deux étapes : dans un premier temps une phase de dépistage à l'aide de questionnaires (auto ou

hétéro-questionnaires), puis secondairement une phase de diagnostic par un guide d'entretien semi-structuré.

Nous citerons les différents instruments de mesure décrits dans la littérature ^(22, 50) concernant la dépression postnatale, puis nous développerons plus particulièrement les caractéristiques de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, outil choisi pour notre étude.

Les entretiens cliniques semi-structurés

Ils ne sont pas spécifiques de la dépression du post-partum. De réalisation longue, ils sont réservés aux spécialistes entraînés, connaissant parfaitement les critères de la CIM ou du DSM. Ainsi,

- **The Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)** de Spitzer, Endicott & Robins (1978),
- **The Standardised Psychiatric Interview (SPI)** de Goldberg (1972),
- **The Present State Examination (PSE)** de Wing & Stuart (1978),
- **The Structured Clinical Interview for DSM-IV-R (SCID)** de Spitzer, Williams, Gibbon & First (1992),

sont des entretiens semi-structurés, utilisés dans le cadre de la recherche, notamment pour valider les questionnaires de dépistage de la DPP, mais ils ne sont jamais utilisés en pratique courante ou en soins primaires.

- **The Mini-International neuropsychiatric Interview (MINI)** de Sheehan & Lecrubier (1998) est une version plus courte d'entretien semi-structuré, sa passation requiert environ 15 minutes.

Les échelles

Nous citerons les échelles les plus fréquemment référencées. Cette liste n'est donc pas exhaustive. Certaines échelles doivent être remplies par le praticien (hétéro-évaluation), d'autres sont distribuées sous forme d'auto-questionnaire.

En annexe 1, des liens sont fournis pour une consultation en ligne de ces échelles.

❖ Les échelles en hétéro-évaluation.

- **Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)** de Montgomery & Asberg (1979), contient 10 items cotés de 0 à 6 selon la gravité. Les scores entre 7 et 18 sur 60 indiqueraient une dépression d'intensité moyenne, et au-delà de 18 une dépression sévère. Cependant, concernant la période du post-partum, cette échelle a été associée à des taux importants de faux positifs.
- **Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)** d'Hamilton (1960), se compose de 17 items. Un score supérieur à 15 sur 50 suggère une dépression majeure. Concernant le post-partum, sa sensibilité et sa spécificité paraissent plus faibles, notamment en raison des 8 items portant sur des plaintes somatiques.

❖ Les auto-questionnaires.

- **Zung – Self-Rating Depression Scale (SDRS)** par Zung, Richards & Short (1965), comporte 20 items. Hormis quelques études, il est peu utilisé en post-partum, sa faisabilité étant limitée par sa longueur et par des droits de reproduction.
- **Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D Scale)** de Radloff (1977), à 20 items, dépiste principalement les dépressions sévères et n'est pas spécifiquement adapté au post-partum.
- **General Health Questionnaire (GHQ)** de Goldberg & Hillier (1979) a plusieurs versions selon le nombre d'items : GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 ou GHQ-12. Son utilisation révèle des scores globalement trop élevés en post-partum (excès de faux positifs).

- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD ou HADS)**, de Zigmond & Snaith (1983) comporte 14 items, de sensibilité modérée (65%) dans une étude sur 755 parturientes avec un score seuil de 11/21. ⁽²²⁾

- **Beck Depression Inventory (BDI)** de Beck, Steer & Garbin (1988) est protégé par des droits d'auteur. Il est l'un des auto-questionnaires les plus répandus. Composé de 21 items cotés de 0 à 3 évaluant l'humeur, les symptômes cognitifs, comportementaux et somatiques pendant la semaine écoulée. Un score seuil de 12 est recommandé pour le dépistage et 20 pour la recherche clinique. Il a été révisé en 1996 pour mieux correspondre aux critères du DSM : certaines questions sur la perte de poids, l'image corporelle, les difficultés de travail et les troubles somatiques ont été remplacés par des interrogations sur l'agitation, la dévalorisation, les difficultés de concentration, la perte d'énergie, et la période a été élargie aux deux dernières semaines écoulées. Cette version corrigée BDI-II est un peu plus adaptée à la période du post-partum, et a montré des performances acceptables, mais moins que l'EPDS ou le PDSS que nous présenterons ci-dessous.

- **Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)** a été créé par Beck & Gable en 2001, spécifiquement pour la période postnatale. Composé de 35 items avec des réponses qualitatives proposées sous forme d'échelle de Likert (classement par ordre croissant de sévérité), il explore des dimensions principalement affectées en cas de DPP (labilité émotionnelle, anxiété, troubles du sommeil et de l'appétit, confiance en soi...) au cours des deux dernières semaines. Il pourrait avoir de meilleures performances en terme de sensibilité et spécificité que l'EPDS ⁽⁷⁾, mais n'a pas été traduit et validé en France. Son accès est limité par des droits de reproduction.

- **Edinburgh Postnatal Depression Scale (PDSS)** a été créé par Cox, Holden & Sagovsky ⁽¹⁹⁾ en 1987, spécifiquement pour la période périnatale. Il est présenté en Annexe 2. Ces caractéristiques sont détaillées ci-après.

3.2 - Les caractéristiques de l'EPDS

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 10 questions. Quatre réponses sont proposées pour chacune d'entre elles, cotées de 0 à 3 par ordre croissant ou décroissant selon les items, pour un score final sur 30.

Contrairement aux autres tests à 20 ou 30 items (Hamilton, MADRS, BDI, Zung...) qui nécessitent généralement 15 à 30 minutes, la passation de l'EPDS est rapide, moins de 5 minutes selon les auteurs. ⁽¹⁹⁾

L'EPDS associe plusieurs questions ayant un pouvoir discriminant le plus élevé : cinq concernent l'humeur, deux concernent l'anxiété, les trois dernières ciblent la culpabilité, le sentiment d'incapacité et les idées suicidaires. Mais sont exclus les items d'éléments somatiques, habituels dans la dépression mais paraissant être confondus avec les manifestations physiologiques des suites de couches (amaigrissement, réduction du sommeil, variation de l'appétit...).

L'EPDS est le plus souvent distribué sous forme papier ; des formes électroniques existent, les deux versions étant étroitement corrélées et bien acceptées par les femmes. ⁽²²⁾

Le seuil recommandé par Cox est de 13, seuil avec lequel il obtient une sensibilité de 86% et une spécificité de 78% pour la dépression majeure, le seuil pouvant être abaissé à 9 dans une optique de dépistage de cas potentiels. Selon les pays et les cultures, le score seuil peut varier, des études de validation dans chaque pays sont alors indispensables. ⁽⁷¹⁾

L'EPDS a été validé dans sa version française par N. Guedeney et J. Fermanian ⁽⁴³⁾ en 1998, sur un échantillon de quatre-vingt sept femmes. Cette étude confirme la validité de l'outil pour des perspectives de dépistage et de suivi de l'intensité des DPP. En France, un score-seuil de 10,5 est recommandé, pour une sensibilité de 80% et une spécificité de 92%. La valeur prédictive positive (qui prédit, pour un sujet donné, le risque qu'avec un score supérieur au score-seuil ce sujet soit réellement déprimé), estimé sur la base d'une prévalence de 13%, est de 0,92, et la valeur prédictive négative de 0,81.

Une revue qualitative des études de validation de l'EPDS, réalisée par Jardri ⁽⁵³⁾ en 2004, a identifié quarante-sept documents entre 1987 et 2004. La sensibilité de l'EPDS s'échelonne de 65% à 100% et la spécificité de 71% à 97%, pour des seuils de positivité variant de 8,5 à 13,5 selon les études.

En 2000, N. Guédeney ⁽⁴²⁾ attire l'attention sur le fait que l'auto-questionnaire EPDS est plus performant pour dépister les mères déprimées avec une symptomatologie anhédonique et

anxieuse, que celles avec un ralentissement psychomoteur. En cas de score douteux, une seconde distribution à 15 jours d'intervalle est conseillée pour une meilleure évaluation.

Dans tous les cas, le jugement clinique du praticien prime sur le score obtenu.

L'item 10 doit être attentivement remarqué, même en cas de résultat inférieur au score-seuil, car il évoque les idées suicidaires. Sa positivité doit amener à approfondir l'interrogatoire et à une prise en charge spécifique du risque suicidaire.

L'EPDS doit être rempli de préférence par la patiente elle-même, pour une bonne sensibilité. Mais des études l'ont également utilisé par voie téléphonique, ou en lecture directe en cas d'illettrisme. La formulation des items est choisie pour être la plus simple possible, mais le test ne s'adresse qu'aux patientes pratiquant couramment la langue donnée.

L'EPDS est validé pour être passé à partir de la quatrième semaine de post-partum. Certaines études ^(54, 84, 94) l'ont utilisé dès le 3^{ème} jour après l'accouchement pour évaluer la vulnérabilité précoce des accouchées. L'EPDS a souvent été étudié dans la période prénatale, et peut aider à repérer les états dépressifs débutant dès la grossesse. ^(22, 31, 55)

Les objectifs de l'EPDS sont d'aider les professionnels de santé primaire à mieux détecter les DPP, permettre une mobilisation thérapeutique et suivre l'évolution de l'intensité de l'état dépressif.

4 - L'ENQUETE

4.1 - PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

4.1.1 – Objectifs

L'objectif principal :

Notre objectif principal était d'interroger des médecins généralistes sur la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation de l'EPDS en pratique courante.

Après avoir testé la distribution de l'EPDS auprès de leurs patientes, les médecins participants sont-ils convaincus par cet outil ? Quelles sont leurs opinions concernant son interprétation, son utilité, ses limites ?

Enfin, voudront-ils le réutiliser, et notamment en tant qu'outil de dépistage ?

Les objectifs secondaires :

Nous avons voulu évaluer brièvement les connaissances des médecins généralistes participants à propos de la dépression du post-partum (fréquence, diagnostics différentiels), et savoir s'ils avaient déjà rencontré des difficultés diagnostiques.

De plus, nous voulions connaître leurs habitudes concernant l'utilisation d'échelles psychométriques, pour corrélérer leurs réponses à une réutilisation éventuelle de l'EPDS.

Enfin, l'une de nos questions aborde la notion de dépistage systématique de la DPP, afin d'ouvrir la réflexion sur cette voie.

En aucun cas nous n'avons cherché à réaliser une étude de validation de l'EPDS.

Volontairement, nous n'avons pas abordé les possibilités thérapeutiques des DPP, une fois dépistées (psychothérapies, médicaments psychotropes...). Cette problématique est fort intéressante mais s'éloigne de notre sujet, et devra faire l'objet d'autres travaux.

4.1.2 - Matériel et méthode

Nous avons contacté des médecins généralistes de la région Haute-Normandie entre octobre 2010 et janvier 2011.

❖ Déroulement du premier entretien avec les médecins.

La première phase de notre travail consistait à présenter oralement les objectifs de l'étude : *Nous cherchons à évaluer l'intérêt, pour le médecin généraliste, d'utiliser un auto-questionnaire validé pour le dépistage de la dépression du post-partum, l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Chaque médecin qui accepte de participer à notre étude devra distribuer les EPDS à ses patientes et secondairement nous transmettre ses impressions concernant cette démarche de dépistage.*

Nous avons donc dû motiver les médecins rencontrés, en précisant que la distribution et la cotation des auto-questionnaires étaient assez rapides, de l'ordre de 5 minutes (expérience personnelle et selon les concepteurs de l'outil). Les consignes de notre enquête leur ont été expliquées, nous les développerons plus bas.

Parallèlement, nous leur avons posé quelques questions afin d'évaluer leurs connaissances concernant la DPP. Le questionnaire AVANT L'ÉTUDE (Annexe 3) est composé de questions fermées, à choix unique. Cependant, nous avons noté certaines remarques ou interrogations formulées par les médecins.

Nous avons réalisé vingt entretiens individuels et sept entretiens collectifs, de deux à neuf médecins. Le recrutement des médecins s'est fait directement : certains nous connaissaient déjà, par le biais de notre formation d'interne (anciens maîtres de stage), ou par relation familiale. D'autres ont été rencontrés à l'occasion de groupes de pairs, d'une réunion de médecins généralistes enseignants, d'un déjeuner entre les associés d'un même cabinet.

L'âge, l'ancienneté d'installation, le sexe et le milieu d'exercice ont été relevés, mais ne faisaient pas partie des critères de choix dans le recrutement des médecins.

La participation des médecins à cette étude reposait sur le volontariat.

❖ Les consignes.

Nous avons demandé à chaque médecin de distribuer dix EPDS, ou plus s'ils le souhaitent, pendant une durée de 2 mois maximum. Les EPDS étaient accompagnés d'une note explicative à l'attention des patientes. (Annexe 4)

Les patientes concernées étaient celles qui avaient donné naissance depuis 1 mois à 1 an. La distribution devait être systématique, c'est-à-dire sans évaluation préalable de l'état psychologique de la mère au moment du dépistage, et quel que soit le motif de consultation (consultation pour le bébé ou consultation pour la mère, avec ou sans son enfant).

Chaque médecin pouvait choisir sa manière de procéder pour donner les EPDS : avant, pendant ou en fin de consultation ; distribution de la main à la main ou éventuellement par l'intermédiaire d'une secrétaire, afin que la mère profite du délai d'attente avant la consultation pour remplir l'EPDS.

Nous avons créé une affiche informative (Annexe 5) à disposer dans la salle d'attente, pour inciter les mères à demander un EPDS, et accessoirement rappeler aux médecins notre étude en cours par accrochage visuel.

Les médecins devaient calculer le score de chaque EPDS et l'inscrire sur le questionnaire. Dans un souci de gain de temps, nous avons retranscrit les EPDS sur une seule feuille et un calque transparent a été délivré à chaque médecin pour faciliter la cotation.

Pour notre étude, conformément aux recommandations de N. Guedeney ⁽⁴³⁾, un score supérieur ou égal à 11 devait alerter le médecin. Celui-ci était invité à répondre à une question au bas de chaque EPDS appréciant l'état psychologique de la mère : *votre impression clinique concorde-t-elle avec la valeur retrouvée à l'EPDS ? globalement oui / globalement non.*

Toutes ces instructions ont été expliquées oralement aux médecins qui acceptaient de participer à notre étude. Nous leur avons remis un document écrit résumant ces différents points. (Annexe 6)

❖ Le retour des questionnaires.

Au terme des deux mois de l'enquête, et après une relance à mi-parcours, nous avons recontacté les médecins pour récupérer les EPDS distribués, et pour leur soumettre le questionnaire « APRÈS L'ÉTUDE » (Annexe 7). Ce dernier comporte des questions fermées à choix unique ou multiple, ou semi-ouvertes. Une échelle de Likert est proposée pour évaluer les différents freins possibles à l'utilisation de l'EPDS (acceptabilité, utilité, interprétation, coût, temps).

Les médecins avaient la possibilité de laisser des commentaires libres.

Le retour des questionnaires s'est effectué par voie postale, à l'aide d'enveloppes pré-affranchies, ou en entretien individuel, nous laissant l'opportunité de prendre des notes sur les remarques du médecin interrogé.

❖ Analyse des données.

Les résultats ont été saisis manuellement dans un logiciel Microsoft Office Excel 2007, l'analyse statistique a été réalisée avec l'aimable contribution du Dr Joël Ladner, maître de conférences et praticien hospitalier au département d'Epidémiologie et de Santé Publique du CHU de Rouen.

4.2 - RÉSULTATS

4.2.1 - Caractéristiques des médecins recrutés.

Parmi environ 70 médecins généralistes contactés, 61 ont d'emblée accepté de participer à notre étude. Les raisons des refus de participation n'ont pas été demandées.

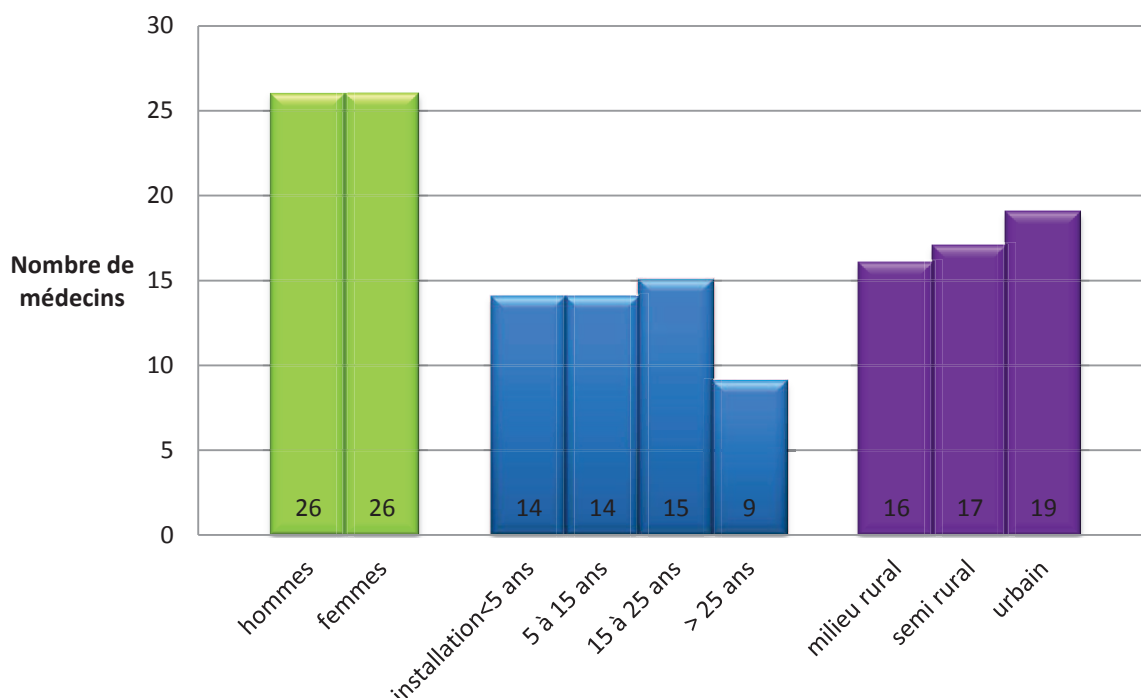
Pour neuf médecins initialement recrutés, le premier entretien n'a pas pu être réalisé par faute de temps, par éloignement géographique ou pour indisponibilité.

Finalement, **52 médecins généralistes ont participé à notre enquête**, ils ont reçu chacun dix EPDS.

Nous remarquons une répartition égale de 26 hommes et 26 femmes. L'âge moyen des enquêtés est de 47 ans. Ils sont installés depuis 14,5 ans en moyenne.

Concernant leur pratique médicale, la répartition est équilibrée entre les médecins exerçant en milieu urbain (19/52 soit 36,5%), en milieu semi-rural (17/52 soit 32,6%) et en milieu rural (16/52 soit 30,7%). La figure 1 résume ces données.

Figure 1 : Caractéristiques des médecins recrutés.



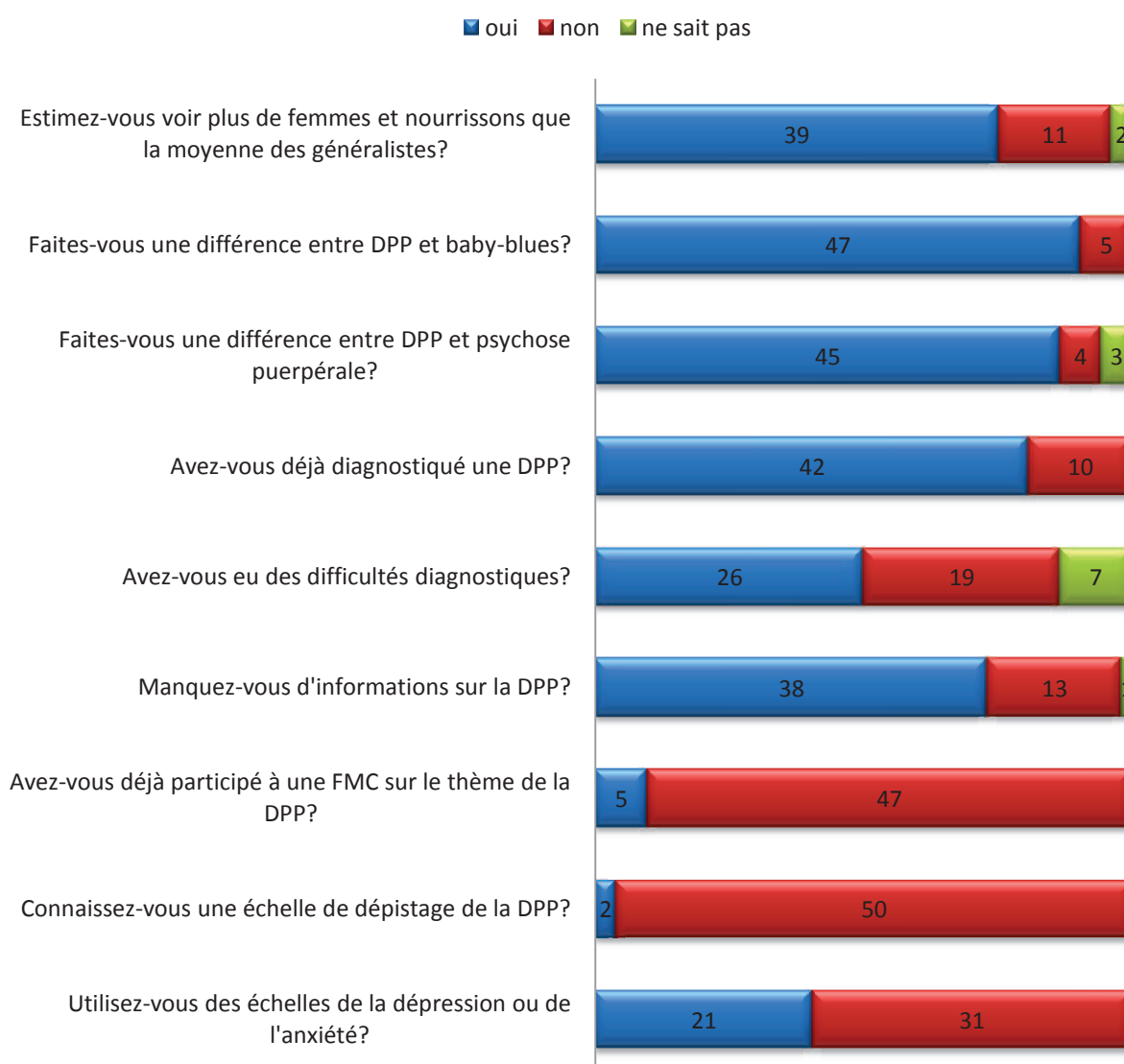
Sept médecins exercent en cabinet individuel (13,5%), 45 médecins exercent en cabinet de groupe (86,5%).

La moitié des enquêtés (25/52) sont des enseignants cliniciens ambulatoires, accueillant des internes en stage et occupant pour treize d'entre eux une activité régulière au sein du département de médecine générale de la faculté de médecine de Rouen.

4.2.2 - Déclarations des médecins avant l'étude.

Ces déclarations sont résumées dans la figure 2.

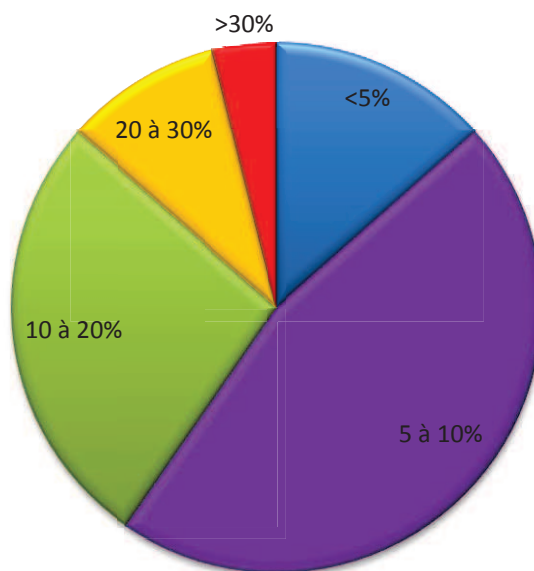
Figure 2 : Réponses des 52 médecins au questionnaire AVANT L'ETUDE.



Dans leur pratique courante, 60% des médecins interrogés n'utilisent jamais d'échelle de mesure de la dépression ou de l'anxiété, 13% en utilisent rarement, 15% parfois et 11% souvent.

Les médecins de notre échantillon estiment majoritairement la prévalence de la DPP entre 5 et 10% des parturientes. La figure 3 résume leurs déclarations.

Figure 3 : Estimations de la prévalence de la DPP selon les 52 médecins interrogés.

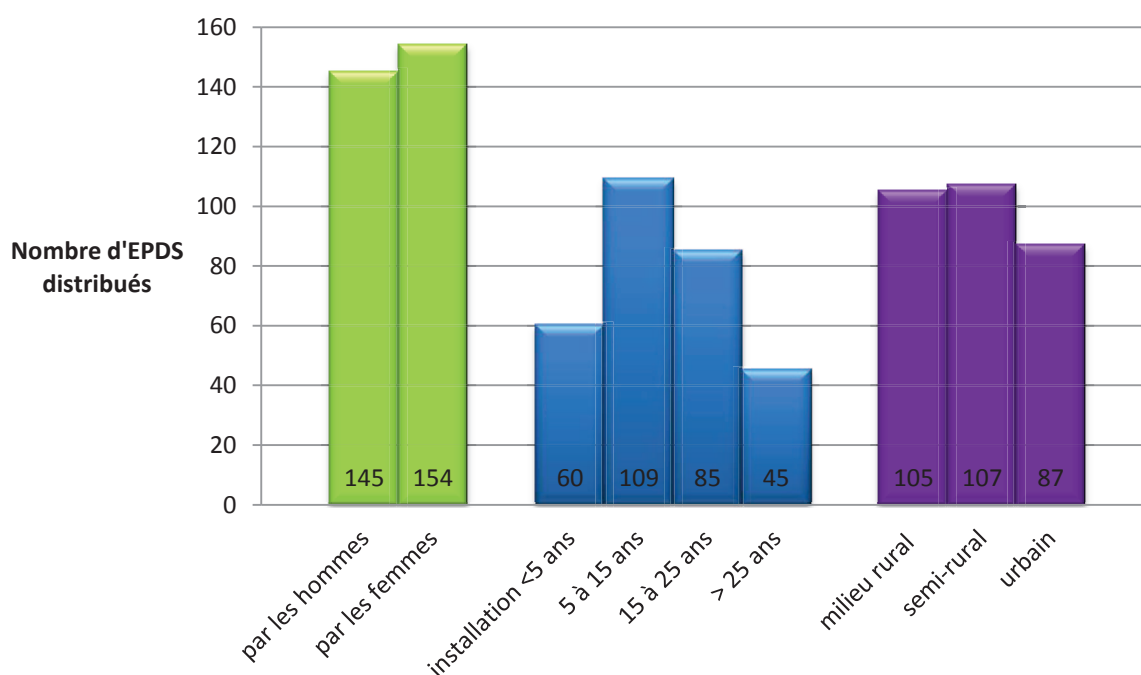


Prévalence estimée	Nombre de médecins	Pourcentage
Inférieure à 5%	7 / 52	13,5%
Entre 5 et 10%	24 / 52	46,1%
Entre 10 et 20%	14 / 52	26,9%
Entre 20 et 30%	5 / 52	9,6%
Supérieure à 30%	2 / 52	3,8%

4.2.3 - Distribution des EPDS par les médecins participants.

La figure 4 résume le nombre d'EPDS distribués selon le sexe des médecins participants, leur ancienneté d'installation et leur milieu d'exercice. Ces données sont quasi superposables aux caractéristiques des médecins recrutés, hormis chez les médecins installés depuis 5 à 15 ans qui auraient distribué légèrement plus d'EPDS.

Figure 4 : Nombre d'EPDS distribués selon le sexe du médecin, l'ancienneté d'installation, le milieu d'exercice professionnel.



520 EPDS vierges ont été fournis aux 52 médecins participants.

Quatre médecins (un homme et trois femmes) n'ont finalement pas testé l'EPDS auprès de leurs patientes et se sont retirés de l'étude. Les raisons avancées ont été le manque de temps et l'oubli.

Les 48 médecins restants ont distribué en moyenne **6,2 EPDS chacun**, avec une faible supériorité pour les médecins femmes (6,69 EPDS en moyenne) par rapport aux médecins hommes (5,8 EPDS en moyenne).

La totalité des médecins ont remis l'EPDS en main propre à leur patiente. Une seule praticienne l'a également distribué parfois par l'intermédiaire de sa secrétaire.

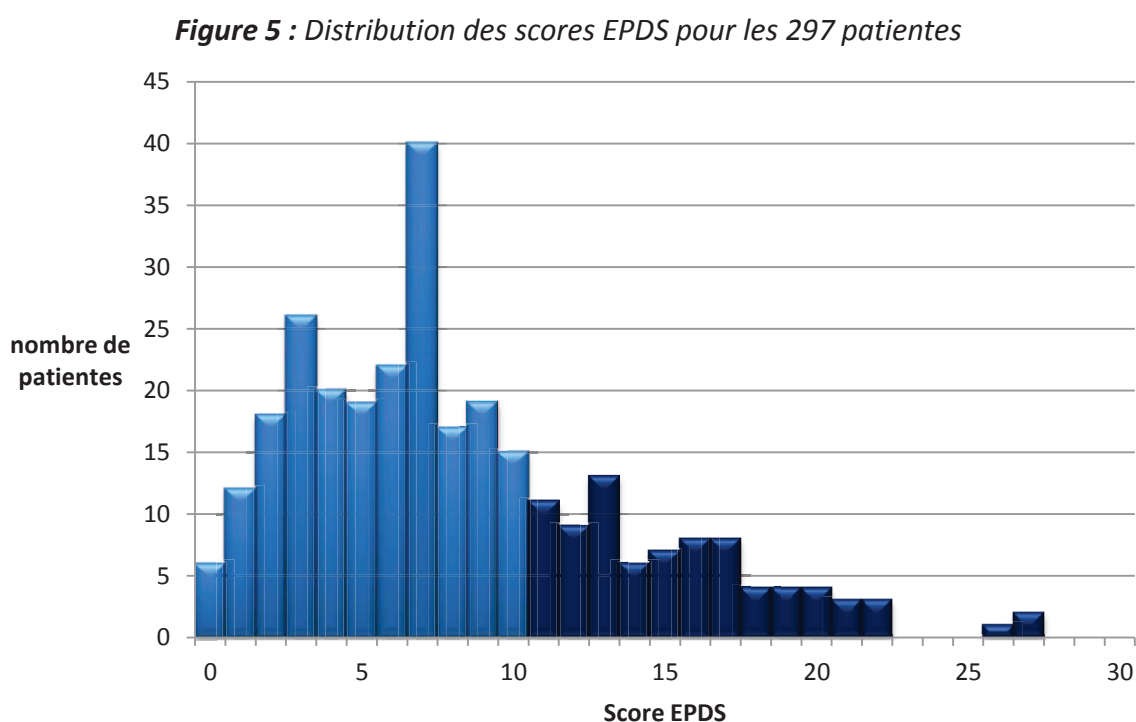
4.2.4 - Résultats concernant les EPDS récupérés.

Au total, 299 EPDS sont récupérés.

Sur ces 299 EPDS récupérés, 297 sont retenus, deux EPDS sont exclus car distribués dans le premier mois suivant la naissance (13 jours pour l'un, 14 jours pour l'autre, scores <11/30 pour les deux). Les 297 EPDS sont tous exploitables et remplis correctement (pas d'absence de réponse à un item, ni de réponses multiples à un item).

L'âge moyen des patientes est de 29,03 ans. Elles ont accouché depuis 5,4 mois en moyenne. Leur parité, leur catégorie socioprofessionnelle, leurs antécédents n'ont pas été renseignés.

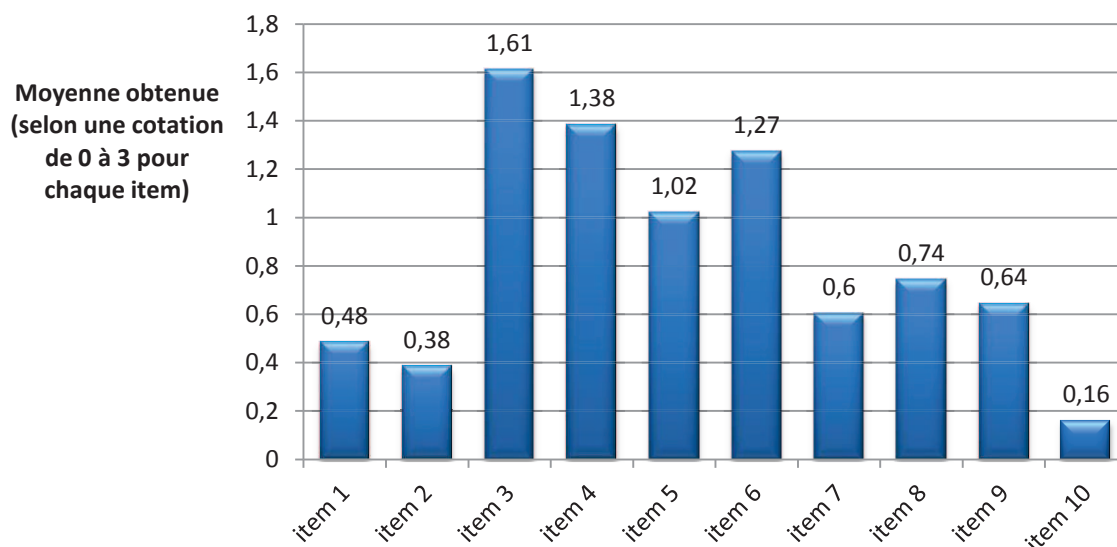
La figure 5 illustre la distribution des scores EPDS parmi les 297 patientes.



Sur les 297 EPDS exploités, 83 EPDS ont un score « positif » supérieur ou égal à 11/30, soit 27,95% des EPDS.

Les items ayant reçus le plus de points sont les items 3 (« Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal »), 4 (« Je me suis sentie soucieuse ou inquiète sans motif ») et 6 (« J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements ») (figure 6).

Figure 6 : Moyenne obtenue pour chaque item de l'EPDS.



Concernant l'item 10, évoquant explicitement les idées suicidaires (« il m'est arrivé de penser à me faire du mal »), nous comptons 27 EPDS ayant un résultat positif à cet item, soit 9% de l'ensemble des EPDS recueillis et 33% des EPDS positifs.

Les figures 7 et 8 représentent la répartition des EPDS récupérés selon le délai depuis l'accouchement, et selon l'âge des patientes.

Figure 7 : Répartition des EPDS selon le délai depuis l'accouchement, et proportion d'EPDS positifs.

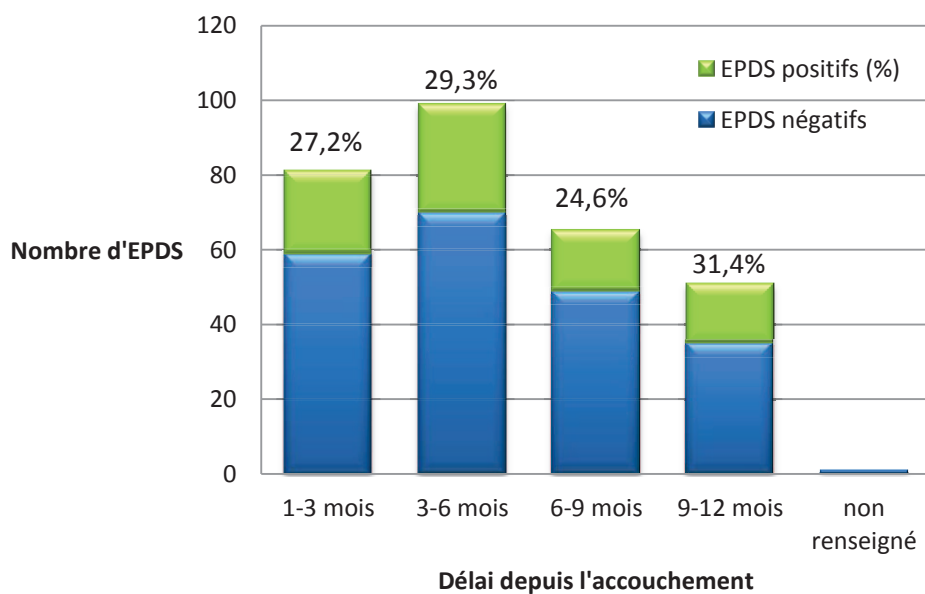
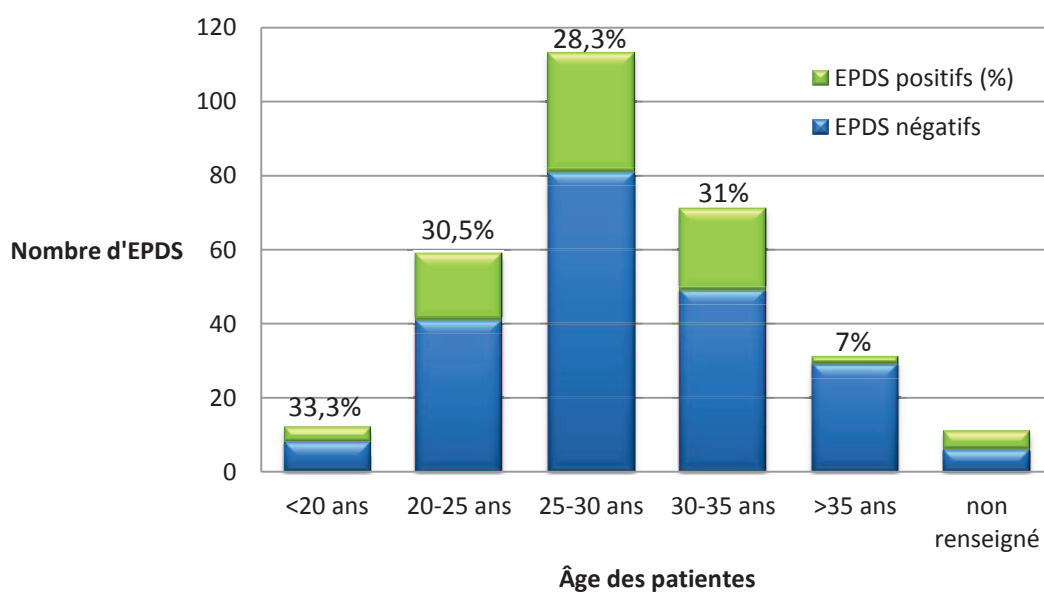


Figure 8 : Répartition des EPDS selon l'âge des patientes, et proportion d'EPDS positifs.



4.2.5 - Interprétation des EPDS par les médecins participants.

Le calcul du score de l'EPDS a été effectué au moment de la consultation pour 54% des médecins (26/48), et au décours de la consultation en dehors de la présence de la patiente, pour 46% des médecins (22/48).

Toutes les grilles EPDS ont été recalculées par nos soins, après mise sous anonymat. Sur les 297 questionnaires, 24 scores étaient faux (7%), dont 23 sans conséquence sur l'interprétation (score restant inférieur au seuil de 11/30, différence d'un point), et un surcoté à 11/30 au lieu de 10/30.

À la question « votre impression clinique concorde-t-elle avec le score retrouvé ? », nous obtenons 26 réponses négatives sur les 297 questionnaires (soit 8% des cas), 270 réponses positives, un cas non-répondu. Parmi les 26 EPDS dont le score « ne correspond pas avec l'impression clinique », 20 cas sont positifs.

Au décours des deux mois de l'étude, 27 médecins déclarent avoir fait le diagnostic de dépression du post-partum.

Dix-neuf médecins déclarent avoir été aidés directement par l'EPDS pour repérer certaines patientes déprimées. De nombreux cas de DPP avaient déjà été diagnostiqués antérieurement à l'étude, d'autres cas restaient à confirmer cliniquement lors d'une consultation dédiée.

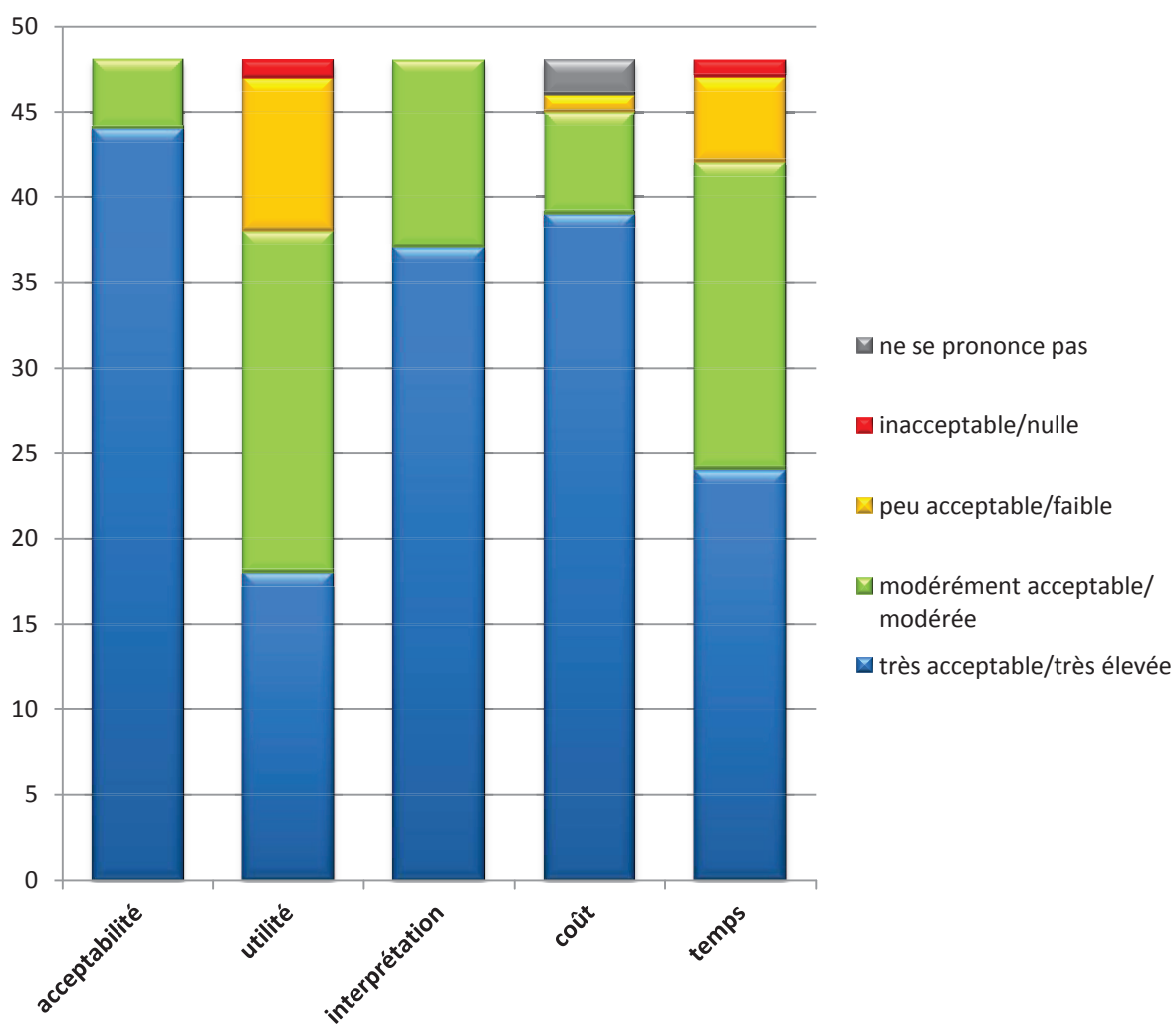
4.2.6 - Opinions des médecins participants concernant l'EPDS.

La majorité des médecins juge l'EPDS modérément à très utile (79.2%), d'interprétation très aisée (77%) et de coût très raisonnable (84%).

Le temps nécessaire pour réaliser et interpréter l'EPDS est jugé très acceptable par la moitié des médecins de l'échantillon.

L'acceptabilité de l'EPDS par les patientes a été jugée très satisfaisante pour 92% des médecins interrogés. (figure 9)

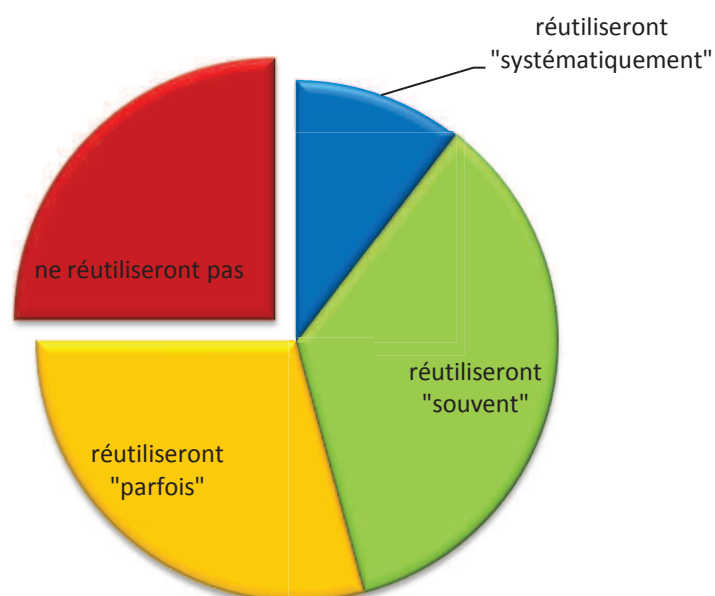
Figure 9 : Opinions des médecins concernant l'EPDS.



75% des médecins de notre échantillon se disent prêts à réutiliser l'EPDS, la plupart de façon occasionnelle (figure 10). L'outil est facilement administrable en médecine générale pour 90% des médecins (43 réponses affirmatives).

Réutilisation	Nombre de médecins (%)
Systématique, avant chaque consultation pédiatrique	5 médecins/48 (11%)
Souvent, au moindre doute sur l'état psychique d'une mère	17 médecins/48 (35%)
Parfois, si l'état psychique d'une mère vous préoccupe vraiment	14 médecins/48 (29%)
Jamais	12 médecins/48 (25%)

Figure 10 : Intention des 48 médecins participants de réutiliser ultérieurement l'EPDS.



Il existe une force d'association significative entre les médecins qui jugent l'EPDS modérément ou très utile et ceux qui ont l'intention de réutiliser ce test (p corrigé = 0.0138).

Il n'y a pas de différence significative parmi les médecins ayant l'intention de réutiliser l'EPDS selon les critères de sexe, d'âge, de durée d'installation, ou de milieu d'exercice.

La facilité de l'interprétation de l'EPDS et son coût acceptable ne sont pas des critères influençant significativement l'intention de réutiliser ultérieurement l'outil pour les médecins de notre étude.

Le critère de temps entre en compte de façon significative dans le projet de réutiliser ou non l'EPDS ($p \text{ corrigé} = 0.0438$) : les médecins qui estiment ce temps peu ou pas acceptable seront majoritairement ceux qui ne réutiliseront pas cet outil.

Nous trouvons une association significative entre le nombre d'EPDS distribués par chaque médecin au cours de l'étude et l'intention de réutiliser ou non l'EPDS : les médecins qui ont le plus participé seront probablement ceux qui réutiliseront le plus l'EPDS (*Corrélation de Spearman, $Rho \text{ corrigé} = 0,33$; $p \text{ corrigé} = 0.0376$*).

Il semble exister un lien d'association entre les médecins qui souhaitent réutiliser l'EPDS et le nombre d'EPDS cotés positifs chez leurs patientes, cette tendance n'étant pas significative (*Corrélation de Spearman, $Rho \text{ corrigé} = 0.22$; $p \text{ corrigé} = 0.168$*).

Les médecins qui déclarent avoir déjà eu des difficultés à établir le diagnostic de DPP ne sont pas statistiquement ceux qui pensent réutiliser l'EPDS, la tendance est plutôt inverse, mais non significative ($p = 0.626$).

Parmi les 27 médecins qui n'utilisent jamais d'échelle d'évaluation de la dépression dans leur pratique, 19 se disent prêts à réutiliser l'EPDS.

La dernière question de notre questionnaire « APRES l'ETUDE », subsidiaire, cherche à savoir si une utilisation systématique de l'EPDS entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine du post-partum serait recommandée selon les médecins interrogés. Parmi eux, 62,5% y seraient favorables. Quelques remarques concernant un tel dépistage seront développées dans la discussion.

4.3 – DISCUSSION

Notre étude est une enquête d'opinion cherchant à recueillir les impressions des médecins généralistes concernant l'EPDS, outil validé dans le dépistage des dépressions du post-partum.

4.3.1 - Forces et faiblesses de notre travail.

Il apparaît pertinent de discuter tout d'abord la problématique abordée et la méthode retenue. Les résultats seront discutés secondairement.

La problématique :

L'EPDS est un outil conçu depuis plus de 20 ans, validé en France depuis 1998, mais inconnu de la majorité des médecins généralistes. Or, il a été conçu pour les professionnels non-psychiatres, pour améliorer le dépistage de la dépression du post-partum.

Nous n'avons retrouvé aucune étude, en France, s'attachant à l'intérêt des principaux professionnels concernés par un tel dépistage : les médecins généralistes. Il nous paraissait donc intéressant de recueillir leurs opinions sur cet outil.

❖ Pourquoi l'EPDS, et non un autre outil de dépistage ?

L'EPDS est l'outil le plus utilisé à travers le monde pour le dépistage de la dépression au cours de la période périnatale. Il a déjà été traduit en 14 langues (Anglais, Allemand, Espagnol, Suédois, Portugais, Japonais, Arabe, Français, Italien, Chinois, Indo-iranien, Vietnamien, Islandais, Norvégien) et validé dans de nombreux pays.

En Australie, l'EPDS est proposé systématiquement en post-partum depuis 2008 ⁽⁸⁾, il est recommandé au Canada ⁽⁸⁶⁾ et, parmi d'autres, aux États-Unis. ⁽²⁾ Il est cité par l'Organisation Mondiale de la Santé ⁽¹⁰⁴⁾, ainsi qu'au Royaume-Uni ⁽⁷⁷⁾ comme questionnaire de référence en complément du jugement clinique.

En France, la Haute Autorité de Santé ^(4, 47) recommande depuis 2004 de rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente, et d'utiliser si besoin l'instrument EPDS.

Enfin, au cours de nos recherches, plusieurs articles et travaux de thèse ^(28, 40, 52, 59, 97), et notamment des thèses d'internes de spécialité médecine générale, plaidaient pour une généralisation de l'EPDS avec distribution systématique par les omnipraticiens.

❖ Pourquoi cette période du post-partum : 1 mois – 1 an ?

La DPP apparaît le plus souvent après une période de latence de 4 à 6 semaines.

Nous avons décidé de nous intéresser à toute l'année qui suit l'accouchement, car les DPP ne sont pas limitées aux six premières semaines du post-partum comme pourraient le suggérer la DSM et la CIM. La plupart des experts s'accordent à dire qu'elles peuvent survenir, ou se prolonger, plusieurs mois après l'accouchement.

D'autre part, nous ne voulions pas évaluer une politique de dépistage systématique à un moment déterminé après l'accouchement, mais uniquement tester la faisabilité de passation du questionnaire EPDS en médecine générale et son intérêt pour les médecins. Nous cantonner aux six ou huit premières semaines du post-partum aurait fortement allongé la durée de l'étude.

❖ Pourquoi avoir demandé aux médecins de distribuer dix EPDS ?

Pour avoir un avis fiable sur l'utilisation de l'EPDS, il nous semblait primordial que chaque médecin se forge son idée après avoir expérimenté la distribution et l'interprétation des EPDS auprès de leurs propres patientes.

Nous avons arbitrairement décidé de donner dix EPDS à chaque médecin. Cela nous paraissait être un nombre raisonnable pour que chaque médecin puisse se faire une opinion précise des avantages et inconvénients de l'EPDS. S'ils le souhaitaient, les médecins étaient invités à distribuer plus de dix EPDS, les photocopies étant à leur charge.

La méthode :

❖ Les limites de notre recrutement et de notre effectif :

La principale limite de notre étude réside dans le mode de recrutement et l'effectif restreint de notre échantillon.

En effet, la majorité des médecins abordés nous connaissaient déjà, soit par notre cursus d'interne de médecine générale, soit par connaissances familiales. Ce **biais de recrutement** a pu influencer les résultats, car ces médecins ont pu surestimer l'intérêt qu'ils attribuaient à l'EPDS, par *complaisance* envers nous.

Le fait que tous les médecins participants soient volontaires constitue un **biais d'auto-sélection**. D'ailleurs, nous ne connaissons pas les causes de refus de participation (Manque de temps ? Manque d'intérêt pour le sujet ? Lassitude des médecins généralistes face aux sollicitations croissantes des internes ?).

D'autre part, **notre échantillon n'est pas représentatif** des médecins exerçant dans notre région. ⁽⁶¹⁾ Ainsi, nous remarquons dans notre étude des médecins plus jeunes (moyenne d'âge de 47 ans versus 53 ans en Haute-Normandie en 2011), un nombre égal d'hommes et de femmes (versus 39% de femmes et 61% d'hommes médecins généralistes en 2011 en Haute-Normandie).

Nous notons que 6 médecins de notre échantillon sont particulièrement sensibilisés aux problèmes rencontrés en périnatalité car ils exercent également en PMI ou sont membres actifs du Réseau Périnatalité de Haute-Normandie. Dans notre étude, quatre médecins sur cinq estiment consulter « *plus de femmes et nourrissons que la moyenne des généralistes* », résultat assez surprenant, mais qui incite également à penser que notre échantillon n'est pas superposable aux médecins de la région. Néanmoins ces déclarations, subjectives, n'ont pas pu être confirmées : malgré nos sollicitations auprès des services médicaux de l'Assurance Maladie, le pourcentage de consultations majorées pour nourrissons (C+MNO) pour l'activité de chaque médecin ne nous a pas été communiqué.

Notre échantillon est d'effectif restreint, avec 52 participants, à l'origine d'un **manque de puissance de l'étude**.

Enfin, environ un tiers des médecins ont rempli le questionnaire « APRES L'ETUDE » en notre présence, ce qui a pu influencer leurs réponses.

❖ **Les limites de nos questionnaires :**

Le premier questionnaire avait pour but de recueillir, outre les données socio-démographiques des médecins participants, quelques informations sur leurs connaissances à propos de la dépression du post-partum.

Nous avons choisi des questions fermées, pour faciliter l'analyse des résultats. Ce mode de questionnement comporte toujours le risque de suggérer les réponses, à l'origine d'un **biais de déclaration**. Nos questions auraient mérité d'être plus ouvertes, voire de répondre aux exigences d'un entretien semi-directif. Mais nous ne voulions pas alourdir la première rencontre avec les médecins, déjà suffisamment longue. Des études qualitatives rigoureuses pourront être menées pour compléter notre travail.

Dans le questionnaire « APRES L'ETUDE », la question n°2 ("*Avez-vous diagnostiqué une ou plusieurs DPP pendant la période de l'étude*") a été souvent mal comprise, les médecins ont soit indiqué le nombre de questionnaires EPDS positifs, soit précisé qu'il leur fallait revoir les patientes pour réévaluation clinique. En effet, malgré les deux mois accordés à notre étude, certains médecins n'ont pas eu l'occasion de revoir les patientes ayant un score EPDS positif, surtout s'ils l'ont calculé après la consultation. La question adjacente "*Si Oui, combien ?*" n'a pas pu être interprétée.

Enfin, nous avons exploité nos résultats sur des *intentions de réutiliser l'EPDS*. Nous ne savons pas si ces intentions ont été mises en pratique par la suite.

Concernant la réutilisation de l'EPDS (question n°9), la notion de *présence de facteurs de risque de DPP chez la patiente* manque dans nos propositions, et aurait pu être intercalée entre les propositions « systématiquement, avant chaque consultation pédiatrique » et « souvent, au moindre doute sur l'état psychique d'une mère ».

❖ Limite éthique :

Nous ne connaissons pas l'impact de la positivité des scores EPDS dans la prise en charge des patientes. Ceci représente une limite importante de notre enquête : quelles démarches diagnostiques, mais surtout thérapeutiques, ont engagées les médecins participants lorsqu'une patiente obtenait un score positif ? L'ont-ils adressée à un psychiatre ? Un psychologue ? Ont-ils jugé opportun la prescription d'un psychotrope ? Ces questions auraient pu être abordées.

4.3.2 - Connaissances des médecins généralistes concernant la DPP.

Les questions de notre questionnaire « faites-vous une différence entre la DPP et le baby-blues ? [...] entre la DPP et la psychose puerpérale ? » sont mal formulées car incitent à une réponse affirmative. Nous remarquons que 90% des médecins de notre échantillon répondent « oui » à chaque question, mais leurs explications verbales nous ont parfois fait douter. Nous avons observé au cours des entretiens une confusion notamment entre le baby-blues et la DPP, ou parfois une banalisation des symptômes.

Pour illustrer nos propos, détaillons les commentaires de trois médecins à la lecture de notre questionnaire, que nous avons noté sur l'instant :

- Médecin de sexe masculin, 60 ans, installé en cabinet de groupe depuis 22 ans :
« Je ne vois pas en quoi le baby blues diffère de la dépression du postpartum. Elles sont tristes, ou passent du rire aux larmes tout le temps. C'est très fréquent, heureusement qu'on ne les met pas toutes sous Prozac ! Par contre, la psychose puerpérale, ça s'hospitalise toujours. »
- Médecin de sexe féminin, 39 ans, installée en cabinet de groupe depuis 6 ans :
« Oui, il y a une différence entre le baby blues et la dépression du post-partum, mais je ne sais plus vraiment laquelle ! C'est la durée des symptômes je crois, non ? »
- Médecin de sexe masculin, 59 ans, installé en cabinet individuel depuis 30 ans :
« Dans la dépression du postpartum et dans la psychose, la mère risque de tuer son nourrisson ou de se suicider. C'est très rare et surtout très grave, on ne peut pas passer à côté. »

Souvent, nous avons eu des questions sur la définition de la « vraie » dépression du postpartum, sur la date d'apparition ou sur la durée des symptômes.

Ces interrogations expliquent probablement que **la moitié des médecins de notre échantillon déclare avoir déjà eu des difficultés pour diagnostiquer une DPP**. En commentaires libres, ils mentionnent le défaut de connaissance de la définition des DPP par rapport aux dépressions classiques. Le déni des patientes, ou leurs difficultés d'expression ou de confiance, sont aussi des remarques fréquemment relevées. La plupart des médecins interrogés ont conscience d'être probablement « *passés à côté* » des formes frustes de DPP, selon leurs propres mots. Certains avouent ne pas poser systématiquement de question sur le bien-être maternel, se contentent d'observer les interactions parent-bébé dans leur globalité.

Dans notre échantillon **deux médecins sur trois pensent manquer d'information sur la DPP**. Cette dernière question, à réponse binaire probablement trop limitée, a soulevé la remarque suivante d'une jeune généraliste : « *en médecine générale, on manque d'information sur tout !* ». Deux médecins ont indiqué ne pas connaître les traitements de références de la DPP, notamment en cas d'allaitement maternel.

Nous pouvons remarquer que **seul un quart des médecins interrogés connaît la prévalence de la DPP, soit 10 à 20% des parturientes. La grande majorité sous-estime sa fréquence**. Ceux qui surestiment la prévalence de la DPP sont globalement ceux qui ne lui reconnaissent pas de différence avec le baby-blues.

Ces résultats peuvent être rapprochés de deux études, l'une réalisée dans le Finistère en 2008 auprès de 200 médecins généralistes ⁽⁵⁶⁾, l'autre réalisée en 2009 auprès de 500 médecins généralistes du Nord ⁽²⁸⁾. Leurs résultats confirment **la méconnaissance globale des médecins généralistes concernant la fréquence, la date d'apparition et les caractéristiques symptomatiques des dépressions du post-partum**. Dans la plupart des cas, les médecins généralistes interrogés dans ces études s'attendent à un tableau dépressif « classique », marqué par une tristesse de l'humeur, des troubles du sommeil ou des idées suicidaires. Peu de médecins connaissent les subtilités propres aux dépressions du post-partum, telles que la censure maternelle concernant le sentiment de tristesse ou l'absence de plaisir à s'occuper du bébé, la prédominance de l'anxiété, de l'irritabilité et du sentiment d'incapacité.

Il semblerait donc nécessaire de former les médecins et leur faire prendre conscience de leur sous-estimation des dépressions postnatales. Cela faciliterait probablement la diffusion d'un outil de dépistage. L'étude encourageante de Nicolas Tillet ⁽⁹⁶⁾ met en évidence l'impact positif d'un séminaire de FMC sur les connaissances des médecins généralistes à propos de la DPP, et l'amélioration de leurs pratiques.

4.3.3 - Les 289 EPDS récupérés au cours de notre étude.

Nous remarquons que **les 289 EPDS ont été bien remplis par les patientes**. En effet, nous n'avons récupéré aucun EPDS dans lequel manquerait une réponse à un item, ou contenant plusieurs réponses à un item, ce qui rendrait impossible le calcul du score. Ceci suggère une bonne formulation des propositions de chaque item, la patiente ne peut pas cocher deux réponses différentes.

Nous sommes surpris par le taux très élevé d'EPDS obtenant un score supérieur ou égal à 11/30 : **83 EPDS positifs sur 287, soit 27,95%** des EPDS exploités. Ce chiffre dépasse largement le taux de prévalence indiqué par la littérature, de 10 à 20% des parturientes.

Dans la région Haute-Normandie, nous avons trouvé deux études s'intéressant à la santé mentale des jeunes mères.

La première a été menée par l'Observatoire Régional de la Santé en 2007 ⁽⁹⁹⁾, et a inclus 559 femmes consultant les services de PMI de la région Haute-Normandie, dans les trois mois suivant leur accouchement. Cette étude avait pour but de caractériser les patientes (données sociodémographiques), d'interroger les médecins de PMI sur les comportements visibles de la mère, de l'enfant et des soins apportés à l'enfant par sa mère, et de mettre en évidence des problèmes de santé mentale. Les résultats montrent près de 17% de « troubles du comportement ou de l'humeur » chez les patientes après la naissance, répartis en 11% d'anxiété importante, 4% de tristesse, 1,8% de pleurs fréquents, 0,4% de femmes paraissant effrayées. Ces troubles semblent avoir un lien significatif avec le sentiment d'angoisse avant et après la naissance, les troubles du sommeil et les antécédents psychiatriques, mais sont indépendants des caractéristiques sociodémographiques (âge, parité, origine géographique, situation familiale et professionnelle). Dans cette étude, les médecins de PMI remarquent que 12% des patientes se sentent vite débordées, s'angoissent ou paniquent dans les soins apportés à l'enfant. L'étude présente plusieurs limites : les patientes n'ont pas bénéficié de consultation psychiatrique afin de confirmer leur état anxieux ou dépressif, et seules les patientes consultant en PMI sont représentées. De plus, 58% des patientes avaient accouché depuis moins d'un mois, dont un tiers depuis moins de 15 jours, période pouvant correspondre à celle du baby-blues. Elle montre néanmoins un taux important (17%) d'anxiété, tristesse ou effroi chez les jeunes mères, aboutissant à la mise en place d'un suivi médical régulier pour 7% d'entre elles, un suivi psychiatrique spécialisé pour 3,4% et l'intervention d'une TISF (« travailleuse familiale ») pour 4%.

La deuxième étude a fait l'objet d'une thèse en 2008 ⁽⁶⁰⁾, elle s'intéresse aux difficultés rencontrées dans le post-partum chez près de 300 primipares ayant accouché 3 mois auparavant à la maternité du belvédère de Mont-Saint-Aignan (Seine-Maritime). Parmi ces femmes, 69% auraient vécu un classique baby-blues, taux non remarquable en soi, mais 19,8% d'entre elles disent avoir eu ces symptômes (hyperémotivité, tristesse, sentiment d'être dépassée par les événements) pendant plusieurs semaines. L'auteur discute ce taux élevé par le recrutement de femmes primipares uniquement et précise que le diagnostic de DPP n'a pas pu être affirmé par les quelques questions évasives de son questionnaire, celui-ci reprenant en partie des items de l'EPDS.

Ces deux études, en considérant leurs limites méthodologiques respectives, trouvent des taux plutôt élevés d'angoisse ou de tristesse chez les jeunes mères de Haute-Normandie, de l'ordre de 17 à 19%, mais nettement moins importants que les 27,95% de femmes présentant un EPDS positif dans notre enquête.

Ceci suggère donc un **recrutement des patientes de la part des médecins participant à notre étude, et non une démarche de dépistage systématique** comme il le leur était demandé. Cette sélection a pu être volontaire ou non, ils ont pensé à notre étude devant une femme en souffrance, mais ont oublié le dépistage devant un couple mère-enfant en bonne santé apparente. Ceci nous a été fréquemment signalé par leurs commentaires du type *« dépression préalablement diagnostiquée avant utilisation de l'EPDS, résultat non surprenant »*.

Nous observons une proportion d'EPDS positifs quasi identique dans les quatre trimestres du post-partum. Cela paraît confirmer le fait que les DPP sont à rechercher pendant au moins toute l'année qui suit l'accouchement.

Dans la plupart des cas (75%), les EPDS positifs dans notre étude concordaient bien avec l'impression clinique du médecin. Cependant, pour vingt cas, les médecins, étonnés par un score élevé, ont demandé à réévaluer ultérieurement l'état psychologique de la mère avant de se prononcer sur l'existence d'une DPP. Nous ne savons pas si ces cas correspondent à des faux positifs ou à de réelles DPP repérées grâce à l'EPDS.

De plus, au moins 2 questionnaires EPDS négatifs nous ont été signalés comme faux négatifs par une praticienne, une patiente avait un score de 8/30 mais était manifestement

déprimée, l'autre avait obtenu 5/30 et probablement dans le déni de sa pathologie dépressive.

Ces résultats soulignent le fait que **l'EPDS est un outil de dépistage mais ne peut, à lui seul, établir ni confirmer un diagnostic.**

Le problème principal des instruments de dépistage de type EPDS est la dichotomie nette obtenue par le résultat : la valeur-seuil, arbitraire, est utilisée pour obtenir la meilleure sensibilité et la meilleure spécificité. En matière de dépistage, il est plus important d'abaisser le score-seuil pour éviter de manquer les patients malades, diminuer le taux de faux négatifs (donc augmenter la sensibilité), au détriment de l'augmentation des faux positifs (donc d'une baisse de spécificité).

Ainsi, un dépistage systématique de toutes les jeunes mères pourrait étiqueter positives des femmes non déprimées réellement, à l'origine de consultations inutiles. Pour limiter ce phénomène, il est conseillé de renouveler le test après deux semaines, dans les cas douteux notamment.

4.3.4 - Le vif du sujet : comment les médecins généralistes ont-ils perçu l'EPDS ?

a - L'acceptabilité et la compréhension de l'EPDS .

Tous les médecins de notre échantillon s'accordent à dire que l'EPDS est un auto-questionnaire **bien accepté par les patientes**, en accord avec la plupart des études.^(10, 33, 35) Il ne nous a été signalé qu'un seul refus d'une patiente qui préférait centrer la consultation uniquement sur son enfant.

Une praticienne a qualifié de "*rude*" la formulation des items de l'EPDS, avec des questions "*incisives*", mais ce commentaire lui est propre, elle n'a d'ailleurs distribué que deux EPDS et n'a pas été convaincue par cet outil, préférant aborder le sujet par le dialogue (cette généraliste travaille à mi-temps en maternité, en consultation d'allaitement et suites de couches).

Le sentiment de gêne ou de honte que peut éprouver la patiente en remplissant l'EPDS a été signalé par sept médecins (*Refus d'une jeune mère que son conjoint lise ses réponses ; gêne observée suite à l'évocation d'antécédents dépressifs ou de souvenirs douloureux ; gêne remarquée chez les mères peu sûres d'elles ; non retour des questionnaires interprété comme sentiment de honte*).

Dans la littérature, des études évoquent d'autres aspects de non-satisfaction des mères. Certaines mères pourraient sous-évaluer volontairement leurs réponses pour ne pas être étiquetées déprimées. Elles ont peur d'être stigmatisées comme de mauvaises mères, ou encore de se voir retirer leur enfant par les services sociaux.^(69, 91) Un score nul à l'EPDS peut ainsi être difficile à interpréter : ces patientes sont-elles exemptes de trouble thymique, ou s'agit-il d'un score « défensif » traduisant un déni du trouble, une censure maternelle ?⁽⁵³⁾

Inversement, un médecin de notre étude constate l'intérêt déclaré de patientes par rapport au questionnaire EPDS, car elles se sentent **prises en considération**, et s'aperçoivent que le mal-être après l'accouchement n'est pas anecdotique puisqu'un test de dépistage existe.

Un autre médecin signale que deux patientes ont fait part de leur dépression après leur première grossesse, qu'elles n'avaient pas osé en parler, et qu'elles auraient aimé bénéficier d'un dépistage à cette époque.

La compréhension du questionnaire par les patientes paraît être très satisfaisante. Dans notre étude, seuls deux médecins ont eu des difficultés avec des patientes d'origine étrangère, ce qui leur a pris plus de temps car ils ont dû lire les questions et les réponses à leurs patientes.

➤ Comment présenter l'EPDS aux mères ?

Une stratégie proposée par Milgrom ⁽⁷²⁾ pour engager les femmes dans le dépistage et obtenir un bon taux d'acceptation, est d'informer les patientes, avant la passation du questionnaire, que le dépistage concerne toutes les femmes à la visite post-natale car c'est un problème fréquent. Une étude de synthèse des méthodes permettant d'identifier les DPP révèle que les femmes préfèrent parler plutôt que remplir un questionnaire standardisé. Mais dans la majorité des études identifiées, l'EPDS demeure acceptable notamment quand les femmes sont prévenues de l'intervention, quand elles le remplissent à leur domicile, et quand les professionnels de santé ont reçu la formation adéquate à son utilisation. ⁽⁵¹⁾

Nous remarquons que tous les médecins participants à notre étude ont remis l'EPDS en main propre à leurs patientes. Après notre premier entretien, ils ont d'emblée été réticents à une distribution en salle d'attente (par l'intermédiaire d'une secrétaire par exemple), pour une question de respect de la relation médecin-patient et l'abord délicat des problèmes psychiatriques en cette période.

b - L'interprétation de l'EPDS.

Les médecins participants ont jugé l'**interprétation facile**. Certes, nous avons donné un calque transparent à disposer au-dessus de la grille EPDS pour rendre le calcul du score plus rapide. Ce calque n'a pas été validé dans les études, il est de notre initiative personnelle. Nous avons retranscrit l'EPDS sur une seule page, sans mentionner le score (0 ; 1 ; 2 ou 3) des propositions, afin de ne pas influencer les réponses des patientes. La cotation des items est parfois en ordre croissant, parfois en ordre décroissant, il nous paraissait pratique d'avoir un calque associant une valeur à chaque case cochée.

Le résultat de l'EPDS est facile à établir. Ainsi dans notre étude, 93% des grilles étaient correctement calculées. Seulement 7% de grilles étaient mal cotées, avec une différence d'un seul point à chaque fois.

c - L'impact financier.

Le **coût** relatif à l'utilisation de l'EPDS a été jugé **très satisfaisant** pour une très grande majorité des médecins de notre échantillon. Cette question leur a été posée car tout outil de dépistage implique l'évaluation des frais liés à sa fourniture (impression de papier), au temps nécessaire à sa passation et son interprétation (allongement de la durée d'une consultation) et au surcoût des consultations et traitements éventuels devant un test positif.

Dans notre questionnaire, ces points n'ont pas été précisés, les réponses sont donc peu interprétables, d'autant que nous avons fourni d'emblée dix EPDS imprimés sur papier.

En pratique, toute campagne de dépistage doit être accompagnée d'études évaluant l'amélioration de la santé publique et l'économie de santé. La question du surcoût financier généré par un dépistage est régulièrement avancée dans les débats, et notamment le surcoût lié au temps passé à reconnaître un problème habituellement peu considéré, et à l'augmentation des besoins pour les personnes dépistées.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant le rapport coût-efficacité de l'EPDS en France, ceci pourra faire l'objet de recherches ultérieures.

d - L'utilité de l'EPDS.

Concernant l'utilité de l'EPDS, les résultats sont globalement positifs mais font moins l'unanimité. Un médecin sur cinq le juge peu ou pas utile. Ils sont plus nombreux à le trouver modérément utile (42%) que très utile (37%).

En 2008 en Angleterre, une étude ⁽⁶⁹⁾ a montré que les professionnels de santé participant à un programme de dépistage de la DPP avaient trouvé l'EPDS utile. Cependant, beaucoup de différences pour sa passation ont été remarquées, en termes de durée, d'environnement, de répétition de la passation, certains l'utilisant seulement pour introduire le sujet de la dépression postnatale.

Juger un test utile ne signifie pas nécessairement vouloir le réutiliser. Ainsi, un médecin de notre échantillon qualifie l'EPDS d'utile, mais à n'utiliser que dans un but de recherche clinique, et non en pratique médicale courante. Ce médecin *« serait d'accord pour distribuer l'EPDS si on donne au médecin généraliste une mission de recherche, avec un budget dédié, [...] et une mission en gynécologie-obstétrique »*. Une autre généraliste a jugé l'EPDS très utile, mais ne souhaite pas le réutiliser. Elle a distribué les 10 EPDS que nous avons fournis, n'a pas été convaincue par l'outil, mais a fait la remarque suivante : *« participer à cette étude m'a permis de faire plus attention à l'état de la maman lors d'une consultation de nourrisson »*.

Dans notre étude, **les médecins interrogés pensent réutiliser l'EPDS majoritairement de façon occasionnelle**, si l'état psychique d'une mère les préoccupe (ce qui ne correspond plus à une démarche de dépistage). Seuls cinq médecins sur 48 ont été convaincus par une utilisation systématique (optique de prévention secondaire).

Par exemple, une praticienne a décelé une authentique dépression postnatale chez une mère lui amenant uniquement son nourrisson en consultation, qui ne consultait jamais pour elle-même et ne parlait pas de ses problèmes. Dans cette situation, cette généraliste souhaite réutiliser l'EPDS *« chez les mères que je ne connais pas très bien, en systématique, pour ouvrir le dialogue. Ceci dit, on croit bien connaître nos patientes et ce n'est pas toujours le cas, on peut avoir de grosses surprises avec cet outil »*.

Un quart des médecins participants ne réutilisera jamais l'EPDS. Les raisons de leurs réticences sont discutées ensuite.

Dans sa thèse, Camille Cario ⁽¹⁴⁾ détaille les raisons poussant un médecin à réaliser un test diagnostique : ce choix s'appuie sur une réflexion dépassant la simple analyse des caractéristiques intrinsèques du test, et s'intègre dans une démarche considérant le patient dans sa globalité.

Chaque médecin se pose la question fondamentale suivante : au-delà de savoir s'il dépiste ou non une certaine pathologie avec un test (validité interne du test), sa réalisation entrainera-t-elle une modification de la prise en charge, bénéfique pour le patient (validité externe du test)?

Ainsi, quel est l'intérêt de dépister une dépression du post-partum ? Ce dépistage est-il bénéfique pour la patiente, comparativement à une prise en charge centrée sur l'écoute et la personne ?⁽³²⁾ La validité externe de l'EPDS n'est pas encore clairement démontrée dans les études françaises.

De plus, si l'omnipraticien dépiste une DPP grâce à l'EPDS, aura-t-il les moyens de mettre en place un suivi psychologique ? En sachant que les délais de consultations dans les CMP (Centres Médico-Psychologiques) peuvent être longs, ou bien que les consultations chez les psychologues libéraux ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale...

La décision de réaliser un test prend donc en compte la prévalence de la maladie, les caractéristiques intrinsèques du test (sensibilité et spécificité), les effets indésirables potentiels de la prise en charge (accroissement de l'anxiété par exemple), et dernier point fondamental, l'accessibilité et l'efficacité des traitements.

e - Les freins relatifs à l'utilisation de l'EPDS :

- Le temps :

La majorité des médecins estime qu'une utilisation systématique peut être utile pour mieux repérer les DPP, mais l'application en médecine générale est difficile, car **l'outil requiert du temps**, principale limite relevée par les médecins interrogés (16 médecins ont fait des remarques complémentaires à notre questionnaire concernant le temps passé au dépistage). Paradoxalement, ils sont pourtant 90% à estimer l'EPDS « *facilement administrable* » en médecine générale.

Au cours des quinze à vingt minutes d'une consultation de médecine générale, le praticien établit un ou deux diagnostics, voire plus. En réponse, il remplit prioritairement la fonction curative de son rôle, au détriment parfois de la prévention et de l'éducation.

Dans notre étude, plusieurs médecins considèrent qu'une consultation de nourrisson est déjà assez longue et ne permet pas d'aborder les problèmes de la mère.

- La forme questionnaire:

D'autres remarques ont concerné **l'aspect déroutant d'un questionnaire** pour un problème d'ordre psychologique pouvant être abordé par le dialogue, la discussion.

L'EPDS a parfois été jugé trop intrusif, voire allant à l'encontre de la relation médecin-patient : *« Ne pas imposer une vérité et verbaliser à la place des patientes », « Privilégier l'écoute plutôt que des séries de questionnaires », « Le dialogue avec les patientes est suffisant »*. Ceci laisse entendre que **l'utilisation de l'EPDS comme un protocole, selon une démarche standardisée, ne doit pas limiter l'expression**, ni réduire l'investissement du médecin pour créer un espace de parole indispensable à l'émergence d'une demande d'aide chez les mères déprimées.

- Y penser :

De plus, l'EPDS, même s'il paraît intéressant, est confronté à un autre écueil : **les médecins généralistes n'y pensent tout simplement pas**, son utilisation ne répond pas à un « réflexe » de leur part. C'est la raison pour laquelle ils n'ont distribué que six EPDS en moyenne, et non les dix EPDS fournis.

Un médecin signale *« Je souhaite réutiliser l'EPDS dans ma pratique, je le trouve intéressant pour son rôle de dépistage, mais vais-je y penser, et avoir le temps ? »*.

- L'existence d'autres questionnaires :

Une praticienne fait référence, en cas de doute sur une dépression, à **un autre test** connu depuis plus longtemps: *« je préfère le questionnaire HAD quand j'ai un doute, très performant pour dépister les dépressions »*.

La médecine générale a, par définition, un très vaste champ d'action. De multiples outils diagnostiques ont été créés, sous forme de tests ou échelles de mesure. Quatre médecins de notre échantillon, non convaincus, remarquent que **l'EPDS n'est qu'« un outil de plus », ou « encore une échelle »**.

Une étude réalisée en 2010 auprès de 121 médecins généralistes de Charente ⁽¹³⁾ a cherché à évaluer la connaissance et l'utilisation de dix tests ou échelles (MMS, MNA, IPSS, TSTS-CAFARD, Fagerström, FACE, mini-GDS, GAD-7, test de dépression en deux questions, RTEV) par les médecins généralistes et caractériser les freins à leur utilisation. Le premier

frein relevé est le manque de connaissance des tests, sachant que plus un test est ancien, plus il est connu et plus l'opinion des médecins est bonne. Les médecins utilisent peu les tests (15 à 45% d'utilisateurs dans l'étude, pour huit tests sur dix) tout d'abord parce qu'ils ne s'y forment pas, mais aussi parce qu'ils émettent des doutes quant à leur utilité dans la pratique quotidienne, le bénéfice apporté au patient en pratique clinique (validité externe du test) n'étant que rarement démontré. Enfin, ils avancent souvent le manque de temps.

Il est dit qu'un délai moyen de 17 ans est nécessaire pour qu'un nouvel examen médical utilisé dans les études soit progressivement incorporé à la pratique des médecins.⁽¹³⁾ L'EPDS a été conçu en 1987, et pourtant il peine à se faire connaître, malgré sa supériorité dans les études en terme de sensibilité et de spécificité. Certains praticiens connaissent et utilisent des outils dépistant la dépression classique, ce qui est sans doute mieux que de ne pas dépister du tout.

Dans une étude américaine de 2005 ⁽⁹⁰⁾, interrogeant 362 médecins généralistes, seuls 31% des médecins pratiquaient toujours un dépistage des DPP lors des visites post-natales ou des consultations systématiques des nourrissons. Parmi eux, un tiers utilisait un test de dépistage, en majorité le BDI, qui n'est pourtant pas spécifique de la période postnatale, et seulement 10% se servaient de l'EPDS. Cependant, le faible taux de dépistage ne paraît pas être le reflet d'un désintérêt pour la pathologie, ni d'un manque de confiance envers les traitements proposés. Il indique probablement plus le manque de connaissance, car la formation des médecins au cours de leurs études et via la littérature médicale augmenterait la pratique du dépistage. Néanmoins, dans cette étude, le fait de dépister la DPP demanderait trop d'effort pour 20% des médecins lors des visites post-natales, et pour 35% des médecins si ce dépistage concernait chaque consultation de nourrisson de moins d'un an. Face à ces taux non négligeables (et qui se rapprochent de notre enquête), l'auteur suggère les raisons suivantes : la pression constante de « productivité » exercée sur les médecins et le manque de compensation pour les démarches de dépistage.

4.3.5 - Les propositions pour améliorer le dépistage des dépressions postnatales

a - Une consultation dédiée ?

Six médecins de notre échantillon proposent spontanément qu'une **consultation dédiée** pour le dépistage des dépressions post-natales, pour la mère seule, soit mise en place. Cette mesure devrait selon eux s'accompagner d'une rémunération en conséquence, supposant donc une reconnaissance politique et une implication indispensable des autorités sanitaires. Cependant, il s'agirait alors de définir la meilleure période pour organiser cette consultation.

Les études de dépistage ou de validation des outils type EPDS semblent avoir été menées dans les trois premiers mois de post-partum, plus fréquemment entre la sixième et la huitième semaine après l'accouchement, sans doute parce que cela coïncide avec la fin du congé maternité. ⁽⁹⁾

En France, rappelons qu'une consultation postnatale est recommandée et remboursée entre la sixième et la huitième semaine de post-partum. ⁽⁴⁸⁾ Cette période correspond justement au premier pic d'incidence de la DPP. Les problèmes abordés par le médecin sont le plus souvent d'ordre gynécologique pur (état périnéal et épisiotomie, allaitement, contraception et sexualité...), les aspects psychologiques de la naissance et de la parentalité sont souvent négligés, d'autant que la jeune mère n'aborde pas spontanément ces questions.

Une étude de Georgiopoulos et al. ⁽³⁴⁾ utilisant le dépistage systématique des DPP par l'EPDS à 6 semaines de post-partum a permis de doubler le taux du diagnostic.

Avec la consultation post-natale, il y a donc une opportunité d'implanter un dépistage de la DPP, en pratique médicale de routine. Cela implique d'abord que les mères soient bien informées de l'existence de cette consultation gratuite, de son importance, et de ses objectifs, et cela suppose la sensibilisation des professionnels de santé (omnipraticiens, mais pas uniquement, car les gynécologues et les sages-femmes font également des consultations post-natales).

Cependant, dépister à un moment donné ne dispense pas d'être vigilant au cours des semaines et mois suivants, afin de ne pas méconnaître une DPP débutant par exemple au cours du deuxième semestre.

Ainsi, **62.5% des médecins de notre échantillon pensent qu'un dépistage systématique de la DPP par l'EPDS serait souhaitable entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement.**

b - Diffuser l'EPDS, pour un dépistage à grande échelle ?

Intégrer l'EPDS dans le carnet de santé du bébé, par exemple sur une page détachable, serait une mesure simple suggérée par trois médecins de notre échantillon, pour rendre l'outil accessible à tous les médecins consultants les nourrissons amenés, le plus souvent, par leur mère.

Bien entendu, la cotation et les limites de l'EPDS devraient être diffusées aux praticiens, pour une bonne interprétation des résultats. La formation et la sensibilisation des professionnels de premiers recours restent les piliers centraux de la démarche.⁽¹⁰⁾

De plus, cela impliquerait aussi de revaloriser l'activité du médecin généraliste dans son rôle de prévention.

Un dépistage doit répondre à plusieurs conditions :

- **La maladie doit être assez fréquente, et assez grave** (dépister une maladie bénigne n'a aucun intérêt).

Nous avons vu, en première partie, que la DPP remplit ces critères, par sa prévalence élevée (10 à 20% des parturientes) et ses conséquences sur la femme, le couple et surtout le développement de l'enfant.

- **La maladie doit avoir un stade précoce plus facilement traitable.**

Les études montrent les effets bénéfiques de différentes psychothérapies sur l'intensité de l'humeur dépressive de la mère et les soins apportés à son bébé. Plusieurs thérapies ont été étudiées⁽¹⁵⁾ : la thérapie cognitive et comportementale,^(20, 72) le soutien non-directif,⁽¹⁸⁾ la psychothérapie d'inspiration analytique, la thérapie mère-bébé, la psychothérapie interpersonnelle.⁽⁷⁸⁾ Elles sont parfois associées à la prescription de psychotropes.⁽⁷²⁾ Cependant, des études sont encore à mener pour connaître les bénéfices sur le développement psychologique et l'ajustement social des enfants de mères dépressives traitées.⁽³²⁾

- **Il faut disposer d'un bon outil de dépistage.**

Même si l'EPDS semble avoir une sensibilité et une spécificité acceptables, plusieurs auteurs soulèvent la question des conséquences qu'ont les faux positifs et les faux négatifs de l'EPDS. Les femmes obtenant un score positif, mais non réellement déprimées, risquent d'être stigmatisées, et ces situations peuvent être à l'origine de consultations inutiles. Pour les faux négatifs, le risque principal est de ne pas traiter les femmes réellement déprimées,

surtout si le dépistage est réalisé à un moment unique. Certains auteurs ⁽⁵⁷⁾ condamnent le dépistage systématique, en l'absence d'études éthiques évaluant ces situations.

- **Le dépistage ne doit pas être trop coûteux**, puisqu'il s'applique à une population de grande taille, et **doit être simple à mettre en œuvre**.

Un EPDS dans le carnet de santé paraît être une mesure facilement réalisable, peu coûteuse.

- **Le dépistage doit déboucher sur des mesures thérapeutiques concrètes.**

Il est nécessaire et éthique de développer l'accès aux soins quand un dépistage s'effectue à grande échelle, critique souvent formulée lors de précédentes études.

En effet, les auteurs constatent très souvent que, malgré l'amélioration de la détection des cas de DPP imputées aux programmes de dépistage, l'accès aux soins n'est pas tout à fait satisfaisant. Ainsi, Georgiopoulos et al ⁽³⁴⁾ constataient que le taux de traitement augmentait moins fortement que le taux de diagnostic, un an après l'implantation d'un dépistage des DPP par l'EPDS. Ils montraient que, bien que 80% des médecins à qui le dépistage avait été présenté l'avaient bien réalisé, seulement 32% de leurs patientes diagnostiquées avait eu un traitement initié ou planifié.

Un médecin de notre échantillon évoque bien ce problème : « *OK pour réutiliser l'EPDS, mais par qui se faire aider ensuite ?* »

Dépister à grande échelle nécessiterait un complément d'information sur les traitements de référence de la DPP, pour les médecins, mais aussi pour les patientes pour qui la prescription de psychotropes, quand elle est jugée nécessaire, est souvent mal perçue à cette période de la vie, l'acceptabilité étant encore plus faible en cas d'allaitement. ⁽¹⁶⁾

c – L'exemple de l'Australie : un dépistage organisé des DPP.

L'Australie a été le premier pays à organiser un Plan National de la Dépression Périnatale (NPDP) financé à hauteur de 85 millions de dollars par le Ministère de la Santé Australien, en 2008 ⁽⁸⁾, pour une durée de cinq ans. Ce plan a fait suite à un programme évaluant la faisabilité du dépistage, entre 2001 et 2005, incluant plus de 12000 femmes.

Il poursuit trois objectifs principaux ⁽⁴⁹⁾:

- 1/ l'évaluation psychosociale complétée au dépistage pendant les périodes pré- et post-natales ;
- 2/ l'éducation des professionnels de santé au sujet de la complexité des dépressions périnatales et la nécessité d'une évaluation et d'une intervention précoces,
- 3/ le développement d'un circuit de soins et de soutien de qualité pour les femmes diagnostiquées dépressives ou à risque de l'être.

L'EPDS y est recommandé comme outil d'aide au diagnostic, dans toute la période périnatale, par les infirmières, sages-femmes et médecins de premier recours : généralistes, pédiatres, et gynécologues-obstétriciens.

Le Plan National australien se rapproche au plus près des recommandations de l'OMS de 2008 ^(88, 104) qui préconisent :

- 1/ L'amélioration de l'identification des problèmes de santé mentale durant la grossesse et la période post-natale à l'aide d'instruments de dépistage tels que le questionnaire EPDS, afin de proposer les interventions précoces appropriées.
- 2/ Le développement des compétences des professionnels de santé pour conduire un entretien de dépistage et reconnaître la détresse psychologique de la femme tant durant la période anténatale que postnatale.
- 3/ Le développement des services de santé proposant une prise en charge appropriée des besoins de femmes en détresse durant la période périnatale.

Globalement, l'exemple australien semble pour l'instant apporter de bons résultats. ⁽⁴⁹⁾ Néanmoins, Armstrong et Small, ⁽⁶⁾ dans un article de 2010, révèlent un certain paradoxe : ayant recueilli l'avis de 230 femmes soumises au dépistage organisé, l'EPDS s'avère être un facilitateur de soutien et d'aiguillage pour certaines, mais il est un obstacle pour d'autres. Bien plus que le questionnaire lui-même, c'est principalement la relation de confiance entre la patiente et le professionnel de santé interprétant le résultat qui permet d'ouvrir le dialogue et d'amorcer une orientation thérapeutique. L'auteur insiste sur l'importance d'offrir à chaque

patiente dépistée des possibilités multiples et flexibles d'offre de soins, pour favoriser l'expression de la souffrance et des difficultés de chacune.

Dans le cadre du dépistage organisé australien, ce sont surtout des infirmières et puéricultrices de centres de PMI (ou équivalents locaux) qui proposent l'EPDS aux mères lors des examens de routine des enfants.^(6, 49) Elles doivent donc communiquer leurs inquiétudes en cas d'EPDS positif, et avec tact et délicatesse, inciter ces femmes à s'entretenir avec un médecin pour approfondir l'évaluation psychologique.

Ce type d'intervention partagée pourrait-elle se transposer en France ?

À l'heure où l'accès aux soins primaires commence à poser des problèmes dans certaines zones du territoire français, dites sous-médicalisées, et où la population vieillissante est logiquement de plus en plus consommatrice de soins, les médecins généralistes ont une charge de travail importante, et mettent souvent en avant le manque de temps. La délégation des tâches et le transfert de compétences sont des pistes de réflexion, particulièrement dans le champ de la prévention. Les pouvoirs publics espèrent ainsi favoriser une plus grande coopération entre les professionnels de santé, notamment avec la promotion des maisons de santé pluridisciplinaires.

Un outil tel que l'EPDS pourrait être distribué et coté par des infirmières (de PMI ou de maison médicale pluridisciplinaire) formées en ce sens, puis l'analyse serait effectuée par le médecin, par exemple lors de la consultation postnatale. Cette mesure pourrait fonctionner si certaines conditions sont respectées : d'une part expliquer la démarche aux femmes et ne pas les stigmatiser en cas de score positif, et d'autre part laisser un rôle central au médecin généraliste, qui connaît probablement le mieux la patiente et son environnement. Il nous paraît primordial de laisser au généraliste son rôle d'orientation diagnostique et thérapeutique, d'éviter l'aiguillage direct vers un spécialiste de la santé mentale, qui mécontenterait à la fois les médecins généralistes, court-circuités, et probablement les patientes (surtout en cas de score faux-positif).⁽⁹¹⁾ Cela nécessiterait là encore un engagement des autorités sanitaires.

d - Le questionnaire de la dépression en deux questions : une manière d'aborder la DPP avant de proposer l'EPDS ?

Il existe un questionnaire à deux questions pour le dépistage de la dépression classique. Ce questionnaire, conçu en 1997, appelé aussi Questions de Whooley⁽¹⁰²⁾, aborde le sentiment d'être déprimé et l'anhédonie de la dépression. Une troisième question, concernant le besoin d'aide, est posée en cas de réponse positive à l'une des deux questions.

QUESTIONS DE WHOOLEY
"During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?" "During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?" A third question should be considered if the woman answers "yes" to either of the initial screening questions: "Is this something you feel you need or want help with?"
« Au cours du dernier mois, avez-vous été souvent perturbé par un cafard, une déprime, ou une perte d'espoir ? » « Au cours du dernier mois, avez-vous souvent perdu l'intérêt ou le plaisir à faire vos activités ? » En cas de réponse positive à l'une des deux questions : « Désirez-vous être aidé ? »

La littérature retrouve une sensibilité de 97% et une spécificité de 67% pour la dépression majeure en population générale.

En France, concernant la dépression dans sa forme classique, ce test est recommandé par la HAS (accord professionnel).⁽⁵⁾

Si la sensibilité de ce court questionnaire est élevée, il faut cependant être conscient de sa faible spécificité (nombre important de faux positifs). Concernant la validité interne de ce test, il est issu d'une étude de validation portant sur des patients hospitalisés, et n'a pas été évalué, à notre connaissance, en médecine générale française.

En 2007, au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁽⁷⁷⁾ préconisait l'utilisation du questionnaire à deux questions pour identifier les dépressions pré- et post-natales, malgré, à l'époque, l'absence d'études de validation menées dans cette population. Une étude de validation au Royaume Uni a été réalisée et publiée par Mann et coll.⁽⁶⁷⁾ en 2012, recrutant 126 femmes au 6^{ème} mois de grossesse et 96 femmes 5 à 6 semaines après l'accouchement. Elle retrouve des taux de sensibilité et spécificité similaires, aussi bien en anténatal (respectivement 100% et 68%) qu'en postnatal (100% et 65%). L'emploi de la troisième question augmente la spécificité du test. Cette étude est limitée par sa population (uniquement hospitalière et âgée de plus de 18 ans), les nombreux refus de participation (28% des patientes sollicitées ont refusé d'être recontactée par téléphone pour

l'entretien semi-structuré répondant aux critères DSM-IV), et un taux important de non réponse ou perdus de vue.

Tout comme les recommandations du NICE, l'auteur de l'étude précise que ce questionnaire à deux ou trois questions n'affirme pas le diagnostic d'état dépressif caractérisé, mais permet un premier tri de patientes, avant de poursuivre les investigations par l'utilisation d'une échelle type EPDS ou autre.

Il pourrait être intéressant d'étudier en France la portée de ce court questionnaire sur la période spécifique du post-partum.

Dayan ⁽²⁰⁾ propose, sur le même modèle, une « pré-orientation » diagnostique par les questions suivantes :

« Avez-vous la sensation d'être parfois anormalement épuisée ou découragée ? ».

En cas de réponse hésitante, il sera demandé : « Erouvez-vous parfois un sentiment de fatigue ou de lassitude qui vous conduit à pleurer ? ».

En cas de réponse positive à l'une ou l'autre des questions, il recommande de faire réaliser l'EPDS à la parturiente, pour une meilleure qualité de dépistage.

La Société Canadienne de Pédiatrie ⁽⁹²⁾ recommande aux pédiatres des exemples de questions, en plus des questions de Whooley, pouvant susciter l'information sur la DPP:

« Qu'est-ce que ça vous fait d'être nouvelle mère ? »

« Prenez-vous plaisir à avoir votre nouveau bébé ? »

« Trouvez-vous facile ou difficile de vous occuper de votre nouveau bébé ? »

« Comment se passent les choses dans votre famille ? »

« Vous reposez-vous assez ? »

« Comment est votre appétit ? »

Ces questions peuvent paraître simplistes, mais montrent à la mère qu'on s'intéresse aussi à elle. Il faut oser parler à la mère de la manière dont elle éprouve ou non un sentiment pour son bébé. Si tout va bien, elle peut peut-être trouver la question ridicule. Elle est en revanche soulagée et mise en confiance si elle se sent incapable de faire face à son bébé ou culpabilise de ne pas ressentir d'« instinct maternel » (celui-ci existe-t-il vraiment ? Nous n'entrerons pas dans ce débat).

e - Les progrès récents et les perspectives.

Des progrès restent à faire en matière de dépistage des dépressions périnatales. Les professionnels de santé paraissent cependant de plus en plus sensibilisés à cette problématique. L'adhésion des médecins à notre étude, leur intérêt exprimé concernant la DPP, leurs nombreuses questions (diagnostic, traitement, outil diagnostique...) nous permettent d'être confiants et optimistes.

À la faculté de Médecine de Rouen, les internes de médecine générale participent à un enseignement dirigé sur la mère et l'enfant en période postnatale et à un séminaire sur le suivi de grossesse. Les problèmes psychiatriques périnataux y sont abordés et un classeur, édité par le Réseau Périnatalité de Haute-Normandie, est remis à chaque étudiant. L'EPDS figure parmi les documents utiles, ce qui participe à sa diffusion.

Le plan périnatalité de 2005-2007 ⁽⁸³⁾ a souligné l'importance de la consultation du 4^{ème} mois de grossesse, permettant le repérage précoce des situations à risque.

Ce plan implique également la création de réseaux de professionnels travaillant en coordination dans un souci de proximité, de sécurité et de prévention.⁽⁷³⁾ Pour coordonner l'ensemble des prestations, il est indispensable d'avoir un médecin référent, le plus souvent le médecin traitant.

Chaque région essaie de développer un réseau de périnatalité, notamment en Haute-Normandie avec le Réseau Périnatalité en région Haute-Normandie,⁽⁸⁷⁾ association régie par la loi 1901 et en place depuis mai 2001. Il organise régulièrement des tables rondes et des journées de formation pour tous les professionnels concernés par la parentalité et la petite enfance.

Sur le plan local, le réseau de proximité et de liaison se développe. Nous avons pu ainsi participer à une soirée d'information sur la dépression périnatale, organisée par le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Lillebonne en janvier 2012, animée par la psychologue de la maternité, et ouverte à tous les médecins généralistes du secteur. Y participaient également les chefs de service de psychiatrie et de médecine polyvalente, une consultante en lactation, des sages-femmes libérales et hospitalières, et des infirmières de gynécologie-obstétrique. Ce type d'intervention locale correspond à la volonté des médecins et professionnels paramédicaux d'un réel travail en réseau ville-hôpital, d'un décloisonnement des pratiques.

Au cours de cette soirée, la psychologue clinicienne a présenté un prospectus d'information présentant les dépressions périnatales, destiné aux futures mères et nouvelles accouchées de la maternité de Lillebonne. L'élaboration de documents de référence, afin de fournir aux patientes une information consensuelle, est une démarche intéressante, elle contribue à préparer les femmes aux bouleversements occasionnés par la maternité.

De même, des affiches et plaquettes d'information dans les salles d'attente des généralistes pourraient permettre de compléter la sensibilisation des futurs parents. Pour attirer l'attention des jeunes mamans, des slogans forts pourraient figurer sur des affiches, comme : *"Mon bébé est arrivé, et moi je pleure"*, *"Je me sens triste depuis mon accouchement, mon médecin est là pour m'aider"*, *"Je suis fatiguée depuis mon accouchement et j'ai l'impression de ne pas gérer correctement les choses, mon médecin est là pour m'écouter et m'aider"*.

Dans notre région Haute-Normandie, des groupes de parole entre jeunes parents se créent, souvent à proximité des PMI. Ces lieux d'accueil sont libres et gratuits. Ils peuvent permettre d'échanger les joies mais aussi les difficultés rencontrées depuis la naissance de l'enfant. Leurs coordonnées manquent à beaucoup de mères, mais aussi aux médecins qui pourraient les leur donner.⁽⁶⁴⁾ Dans ces groupes, les pères ont aussi leur place.

Enfin, le grand public a pu être récemment sensibilisé à la DPP par des films abordant le sujet, par exemple *Un heureux évènement* ⁽³⁰⁾ en 2011, ou *L'étranger en moi* ⁽²⁹⁾ en 2010. De plus en plus d'émissions télévisées, de téléfilms, ou de journaux féminins évoquent la détresse de certaines femmes accédant à la maternité.

Ces initiatives populaires, médiatiques, et la volonté des professionnels de santé lèveront-elles un jour le tabou des dépressions périnatales?

5 - CONCLUSION

Le problème essentiel de la dépression du post-partum est celui de son dépistage, car la mère ne consulte pas volontiers pour cela. Sauf dans leurs formes sévères, les dépressions périnatales attirent spontanément peu l'attention des professionnels de premier recours. Dépressions « souriantes », elles sont souvent méconnues pendant la grossesse, se superposent au blues en post-partum immédiat, et la majorité se déclare à distance de la naissance, à l'écart du réseau de soins.⁽²⁰⁾ Une politique de prévention secondaire consiste à se donner les moyens de les repérer. Le médecin généraliste est en première ligne pour déceler les difficultés d'une jeune mère, il l'a souvent suivie pendant sa grossesse, connaît son parcours de vie. Il examine le bébé après sa naissance, il peut donc être attentif à la qualité du lien mère-enfant et à l'état psychique de la mère. Créer un espace de communication authentique est une première étape indispensable.

Le médecin généraliste peut compléter son évaluation par l'utilisation de l'EPDS. Notre étude montre que ce questionnaire est facile à interpréter, peu coûteux, et bien accepté par les patientes. Il est jugé utile par la majorité des médecins interrogés, même si un médecin sur cinq n'a pas été convaincu et préfère aborder le sujet par la discussion. Le temps nécessaire à la réalisation de l'EPDS est le principal frein relevé pour une pratique de routine. L'utilisation du questionnaire de la dépression en deux questions, pour un premier tri de patientes, devrait faire l'objet de recherches complémentaires en France.

Certains médecins proposent la mise en place d'une consultation en post-partum pour la femme seule, mais il reste à en définir la période appropriée. La consultation postnatale, recommandée entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement, correspond au premier pic de fréquence d'apparition des DPP. Elle pourrait être une période intéressante pour un dépistage systématique, tout en restant attentif les mois suivants.

En résumé, la passation de l'EPDS peut se révéler être un élément d'ouverture et de dialogue entre les médecins et les mères ; celles-ci acquièrent la certitude que l'on s'intéresse à elles personnellement, et s'autorisent à exprimer des sentiments négatifs souvent réprimés. Utilisé dans un but d'écoute, et non comme protocole strict, l'EPDS permettrait de dépister beaucoup de femmes, mais sa généralisation est limitée par le manque de connaissance et de formation des professionnels de soins primaires, dont les omnipraticiens. La formation des médecins et l'efficacité d'un réseau de soins, centré sur la dyade mère-bébé,⁽⁴⁵⁾ ou mieux, la triade mère-père-bébé,⁽⁹⁸⁾ sont indispensables pour une prise en charge optimale des dépressions du post-partum.

6 - ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaires utilisés pour la dépression : liens (versions imprimables)

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS):

Version originale : <https://www.outcometracker.org/library/MADRS.pdf>

Version française : <http://www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-madrs.pdf>

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD):

Version originale : <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>

Version française : <http://www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-hdrs.pdf>

Zung – Self-Rating Depression Scale (SDRS):

Version originale : <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/ZungSelfRatedDepressionScale.pdf>

Version française (non validée) : www.health.belgium.be/filestore/19074007/SDSscale.pdf

Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D Scale):

Version originale : http://www.ncdhhs.gov/mhddsas/providers/DWI/dualdiagnosis/CES-D_Scale.pdf

Version française :

<http://docs.bossons-fute.fr/Documents/Risques%20psychosociaux/Echelle%20CES-D.pdf>

General Health Questionnaire (GHQ):

Version française du GHQ-12:

<http://docs.bossons-fute.fr/Documents/Risques%20psychosociaux/Questionnaire%20GHQ.pdf>

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD ou HADS):

Version originale : <http://pallipedia.org/term.php?id=627>

Version française : <http://docs.bossons-fute.fr/Documents/stressEchelleHAD.pdf>

Beck Depression Inventory (BDI):

Version originale : <http://www.fehb.org/CSE/CCSEConference2012/BeckDepressionInventory.pdf>

Version française : <http://www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-beck.pdf>

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) :

Version originale (lien fourni par HAS): <http://health.utah.gov/mihp/pdf/EPDS.pdf>

Version française : http://www.medical78.com/nat_fmc_epds.pdf

ANNEXE 2 : EPDS

Vos Nom et Prénom :

Votre âge :

Nom de votre médecin : Dr

Date de naissance de votre bébé : ____ / ____ / 20__

Date d'aujourd'hui : ____ / ____ / 2010

QUESTIONNAIRE EPDS :

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie au cours de la semaine (c'est-à-dire au cours des 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui :

Durant la semaine qui vient de s'écouler :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

- ☐ Aussi souvent que d'habitude
- ☐ Pas tout à fait autant
- ☐ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

- ☐ Autant que d'habitude
- ☐ Plutôt moins que d'habitude
- ☐ Vraiment moins que d'habitude
- ☐ Pratiquement pas

3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif :

- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Presque jamais
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison :

- ☐ Oui, vraiment souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- ☐ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- ☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Seulement de temps en temps
- ☐ Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :

- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Presque jamais
- ☐ Jamais

Merci d'avoir répondu à ces questions.

A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN : Avez-vous pris connaissance du score EPDS ?

☐ oui (score ____/30) ☐ non

Si oui, votre impression clinique concorde-t-elle avec la valeur retrouvée ?

☐ globalement oui ☐ globalement non

ANNEXE 3 : Questionnaire AVANT L'ETUDE

AVANT L'ETUDE

Dr

Ville :

Homme / Femme.

Age :

Durée d'installation : ans.

Milieu rural / semi-rural / urbain

Votre activité : estimez-vous voir plus de femmes et enfants que la moyenne des généralistes ? oui / non

A propos de la dépression du post-partum :

Pour vous, y a-t-il une différence entre le baby blues et la dépression du post-partum ? oui / non

Pour vous, y a-t-il une différence entre la dépression du post-partum et la psychose puerpérale ? oui / non

A combien estimez-vous la prévalence de la dépression du post-partum?

<5%. 5 à 10%. 10 à 20%. 20 à 30%. >30%.

Avez-vous déjà diagnostiqué une dépression postnatale ? oui / non.

Si oui : combien ?

Avez-vous eu des difficultés diagnostiques ? oui / non. Précisez :

Pensez-vous manquer d'information sur la dépression du post-partum? oui / non

Avez-vous déjà participé à une formation médicale continue sur ce thème ? oui / non

Connaissez-vous une échelle de dépistage de la dépression du post-partum? oui / non
(Oui: laquelle ?)

Dans votre pratique courante, utilisez-vous des échelles d'évaluation de la dépression ou de l'anxiété ? jamais-rarement-parfois-souvent

Si vous acceptez de participer à cette étude,

merci d'indiquer votre adresse email :

et votre numéro de téléphone :

Vous venez d'avoir un bébé.

C'est un moment unique dans la vie d'une femme. Mais avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

Nous souhaitons vous proposer un questionnaire qui permettra à votre médecin d'évaluer votre bien-être, votre humeur actuelle.

Nous le proposons à toutes les femmes qui ont accouché dans l'année, à partir de 4 semaines après la naissance.

Dix questions vous sont proposées, cochez la réponse qui vous convient le mieux.

Cela prend peu de temps.

Remplissez ce questionnaire de manière personnelle, sans demander l'avis de quelqu'un d'autre, afin qu'il reflète au mieux votre ressenti.

Remettez le questionnaire à votre médecin au moment de la consultation.

En fonction de vos réponses, il pourra vous proposer une aide adaptée.

Vous pouvez lui faire part de vos remarques éventuelles concernant ce questionnaire.

Votre médecin participe à cette étude, en collaboration avec une interne de médecine générale qui réalise son travail de thèse. Vos réponses et observations lui seront communiquées, nous vous garantissons bien entendu le secret médical strict des informations recueillies.

Nous vous remercions de votre participation.

Vous venez d'avoir un bébé ?

L'arrivée d'un bébé, ce n'est pas forcément facile, la vie n'est pas toujours rose.

Pour mieux évaluer votre bien-être, votre médecin dispose d'un questionnaire, court et facile à remplir.

Ce questionnaire est proposé à toutes les femmes qui ont accouché depuis moins d'un an.



Parlez-en à votre médecin !

ANNEXE 6 : Consignes aux médecins

Guide de l'utilisation de l'Echelle d'Edinburgh EPDS :

L'EPDS est un outil de dépistage de la dépression du post-partum, sous forme d'auto-questionnaire.

Interprétation :

Questions 1, 2 et 4 (sans *) : sont notées 0, 1, 2 ou 3 (la case du haut = 0 et celle du bas = 3).

Questions 3, 5 à 10 (marquées d'un *) : sont notées 3, 2, 1 ou 0 (la case du haut = 3, celle du bas = 0).

Un **score supérieur ou égal à 11/30** est positif, considéré comme étant à risque pour la femme de souffrir d'une dépression du postpartum.

Prenez en compte la question 10 qui évoque la présence d'idées suicidaires.

L'EPDS ne détecte pas les névroses d'angoisse, phobies, psychoses ou trouble de personnalité.

C'est la mère seule qui doit le remplir, de manière personnelle et spontanée, sans l'avis d'autrui et sans prendre le temps de réfléchir. Cela ne prend que quelques petites minutes.

Pour cette étude :

Elle concerne **toute femme ayant accouché depuis au moins 4 semaines et jusqu'à 12 mois de post-partum.**

Nous vous prions de bien vouloir distribuer ces questionnaires **pendant 2 mois maximum ou jusqu'à épuisement du stock initialement fourni.** Nous ferons régulièrement le point sur le nombre de questionnaires distribués.

Le dépistage dans cette étude se veut **systématique**, il doit donc s'adresser à toutes les femmes, avec ou sans antécédent dépressif, avec ou sans présomption clinique de dépression.

Merci de distribuer le questionnaire **quel que soit le motif de consultation** (que la mère consulte pour elle-même ou pour son enfant).

A la fin du questionnaire, nous vous demandons de bien vouloir **répondre à deux questions concernant l'évaluation de l'état thymique de votre patiente.**

Vous pouvez choisir votre manière de procéder pour la distribution du questionnaire.

L'EPDS n'étant qu'un outil diagnostique, il ne doit pas outrepasser le jugement clinique.

En cas de score > ou = 11/30, l'existence d'une dépression postnatale doit être affirmée par un entretien ciblé. En cas de doute, il peut être utile de répéter l'évaluation au bout de deux semaines.

Il vous est laissé le soin d'organiser la prise en charge thérapeutique, si besoin auprès de vos correspondants habituels en pathologie psychiatrique. Le traitement de la dépression du post-partum ne fait pas partie des objectifs de l'étude, mais nous sommes à votre écoute pour recueillir vos éventuelles difficultés en matière de prise en charge et les relayer auprès du réseau périnatalité.

Un deuxième entretien est prévu à la fin de l'étude pour recueillir vos impressions concernant ce dépistage.

Je suis à votre disposition pour vos remarques ou vos difficultés.

Pour toute question, vous pouvez me contacter au 06----- ou par courriel: s-----@gmail.com.

Merci de votre participation et du temps que vous y consacrerez.

Sarah Meunier

ANNEXE 7: Questionnaire APRES L'ETUDE

Dr

Nombre de questionnaires recueillis =

1/ De quelle façon avez-vous distribué et analysé l'EPDS (remis en main propre ou par une secrétaire / analysé au moment de la consultation ou ultérieurement)?

2/ Avez-vous diagnostiqué une ou plusieurs dépressions du postpartum pendant la période de l'étude ? Oui / Non. *Si oui, combien ?*

3/ Le diagnostic de dépression du postpartum a-t-il été posé avec l'aide de l'EPDS (score >ou= 11/30)? Oui / Non. *Si non, pourquoi ?*

4/ L'EPDS a été rempli par vos patientes, avez-vous eu des retours négatifs concernant :

- La compréhension ? oui / non. *Oui, précisez :*
- La durée de passation ? oui / non. *Oui, précisez :*
- Un sentiment de gêne ou de honte ? oui / non. *Oui, précisez :*
- *Autres critiques ou remarques formulées par vos patientes:*

5/ Avez-vous été confronté à un nombre élevé de refus ? Oui / Non. *Si oui, pour quelle(s) raison(s) :*

6/ Vous jugez :

L' acceptabilité de l'EPDS par les patientes	Très acceptable	Modérément acceptable	Peu acceptable	Inacceptable
L' utilité de l'EPDS pour le clinicien	Très utile	Modérément utile	Peu utile	Inutile
L' interprétation de l'EPDS	Très aisée	Modérément aisée	Peu aisée ou compliquée	Très compliquée
Le coût lié à l'utilisation de l'EPDS	Coût très acceptable	Coût relativement acceptable	Coût peu acceptable	Coût inacceptable
Le temps consacré à sa distribution et à son interprétation	Très acceptable	Modérément acceptable	Peu acceptable	Trop long

7/ Quels (autres) inconvénients lui trouvez-vous ?

8/ Selon vous, l'EPDS est-il facilement administrable en consultation de médecine générale? oui / non

Si non, pourquoi ?

9/ Pensez-vous réutiliser l'EPDS dans votre pratique professionnelle ? Oui / Non.

Si oui, à quelle(s) occasion(s) :

- ☐ SYSTEMATIQUEMENT, avant chaque consultation pédiatrique.
- ☐ SOUVENT, au moindre doute sur l'état psychique d'une mère.
- ☐ PARFOIS, si l'état psychique d'une mère vous préoccupe vraiment.
- ☐ REGULIEREMENT, dans le cadre du suivi d'une mère dépressive.

10/ Selon vous, l'utilisation systématique de l'EPDS entre la 4^e et la 8^e semaine du postpartum est-elle à promouvoir auprès des médecins généralistes ? Oui / Non

Vos commentaires :

Merci beaucoup pour votre participation !

7 - BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Agbokou C, Ferreri F, Nuss P, Peretti CS**, Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC, Psychiatrie*, 37-170-A-30, 2011
- (2) **American College of Obstetricians and Gynecologists**. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion n° 453: Screening for depression during and after pregnancy. *Obstet Gynecol*, 2010; 115(2Pt1): 394-5
- (3) **American Psychiatric Association, DSM IV**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad fr, Masson, Paris, 2004
- (4) **ANAES**, Recommandations pour la pratique clinique. *Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. Mai 2004, France
- (5) **ANAES**, Recommandations pour la pratique clinique, *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*, mai 2002, France
- (6) **Armstrong SJ, Small RE**, The paradox of screening: rural women's views on screening for postnatal depression. *BMC Public Health*, 2010; 10:744
- (7) **Beck CT, Gable RK**, Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nurs Res*. 2001; 50(4): 242-50
- (8) **Beyondblue**: the national depression initiative : *Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A Guideline for primary care health professionals*. 2011, Melbourne, Australia http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=6.1246
- (9) **Bick D, Howard L**, When should women be screened for postnatal depression? *Expert Rev Neurother*, 2010; 10(2): 151-154
- (10) **Buist A et al**, Acceptability of routine screening for perinatal depression, *Journal of Affective Disorders*, 2006; 93: 233-237
- (11) **Bydlowski M**, La transparence psychique de la grossesse, 1991, in Golse B, De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation. *Carnet/Psy* n°63: p30-33
- (12) **Bydlowski M**, Les dépressions maternelles en questions, *Le Carnet PSY*, 2008/7; 129: 38-44
- (13) **Cario C, Levesque JL, Bouche G**, Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation, *Supplément La Revue du Praticien*, 2012; vol. 60: 24-28
- (14) **Cario Camille**, *Tests et échelles en médecine générale ambulatoire : freins des généralistes à leur utilisation*, Thèse d'exercice sous la direction de Jean-Louis Levesque, Université de Poitiers, 2010
- (15) **Chabrol H, Callahan S, Séjourné N**, Prévention et traitement de la dépression du post-partum, *Devenir*, 2008/3 vol.20, 211-248
- (16) **Chabrol H, Teissedre F, Armitage J, Danel M, Walburg V**, Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2004; 22(1): 5-12
- (17) **CIM 10**, ICD 10, « Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement », Masson 1992 <http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/>
- (18) **Cooper PJ, Murray L**, Prediction, detection, and treatment of postnatal depression, *Archives of Disease in Childhood*, 1997; 77: 97-99

- (19) **Cox JL, Holden JM, Sagovski R**, Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 1987; 150: 782-786
- (20) **Dayan J**, *Les dépressions périnatales, évaluer et traiter*. Ed Masson collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 2008
- (21) **Dayan J**, *Psychopathologie de la périnatalité*. Ed Masson collection Les âges de la vie, Paris, 2003
- (22) **Dennis CL**, Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. 2003; 72-109. In Stewart DE, Robertson E, et al, *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. WHO
- (23) **Durand B**, Les troubles psychiatriques du post-partum, *Concours Médical*, 2005; tome 127-18: 935-940
- (24) **Durand B**, Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum. *La Revue du Praticien*, 2001; 51: 1259-64
- (25) **Esquirol E**, De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris BAILLIERE, 1838, volume 1; 230-273
- (26) **Faure K, Legras M, Chocard AS, Duverger P**, Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Revue du Praticien*, 2008 ; 58 : 1475-82
- (27) **Field T, Hernandez-Reif M, Diego M**, Intrusive and Withdrawn Depressed Mothers and Their Infants. *Developmental Review*, 2006; 26(1): 15-30
- (28) **Filliette-Dewaele Pauline**, *Représentation globale, dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum : enquête auprès des généralistes du Nord*. Thèse d'exercice sous la direction de Marie-Laure Vialard, Université du droit et de la santé, Lille, 2009
- (29) **Film L'Étranger en moi** (Das Fremde in mir), réalisé par Emily Atef, avec Susanne Wolff, sorti en France le 17 novembre 2010, distributeur Jour2fête
- (30) **Film Un Heureux Évènement**, réalisé par Rémi Bezançon, avec Louise Bourgoïn, Pio Marmai, Josiane Balasko, sorti le 28 septembre 2011, Gaumont Distribution
- (31) **Gaugue-Finot J, Devouche E, Wendland J, Varescon I**, Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010; 58: 441-447
- (32) **Gaynes BN, Gavin N**, et al. Perinatal Depression : Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes, *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 2005; (119): 1-8
- (33) **Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom J**, A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women, *BMC Public Health*, 2006; 6: 211
- (34) **Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP**, Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract*, 2001; 50(2): 117-22
- (35) **Georgiopoulos AM et al**, Population-based screening for postpartum depression, *Obstet Gynecol*, 1999; 93(5Pt1): 653-7
- (36) **Gerardin P**, et al, Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study, *J Clin Psychiatry*, 2011; 72(3): 378-87
- (37) **Glangeaud-Freudenthal N. MC**, Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France, *Devenir*, 1999; vol 11, n°2: 53-64
- (38) **Goodman JH**, Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Neonatal Nurs*, 2004; 33(4): 410-20

- (39) **Goodman JH, Tyer-Viola L**, Detection, treatment and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers, *J Women Health (Larchmt)*, 2010; 19(3): 477-90
- (40) **Gossot Gaëlle**, *Intérêt d'une échelle de dépistage de la dépression du post-partum à l'usage du praticien: l'Edinburgh Postnatal Depression Scale – Etude de facteurs associés à une symptomatologie dépressive chez 212 mères ayant accouché d'enfants grands prématurés suivi dans le réseau périnatal*. Thèse d'exercice sous la direction de Jean Bernard Gouyon, Université de Bourgogne, Dijon, 2009
- (41) **Guedeney A, Allilaire J-F**, *Interventions psychologiques en périnatalité*. Ed Masson collection Médecine et Psychothérapies, Paris, 2001
- (42) **Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Kumar RC**, The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J of Affective Disorders*, 2000, 61(1-2): 107-12
- (43) **Guedeney N, Fermanian J**, Validation study of the French Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties, *Eur Psychiatry*, 1998, 13: 83-89
- (44) **Guedeney N, Jacquemain F, Glangeaud MC**, Le rôle des facteurs environnementaux, de la vulnérabilité individuelle et du support social dans le risque de survenue des dépressions du post-partum, *Devenir*, 2000; 12(4): 13-33
- (45) **Guedeney N, Jeammet P**, Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 2001; 13(3): 51-64
- (46) **Guedeney N**, Les dépressions postnatales intéressent aussi les pédiatres, *Arch Pediatr*, 1999; 6 suppl 2: 367-9
- (47) **Haute Autorité de Santé** – recommandations professionnelles, *Préparation à la naissance et la parentalité*. Novembre 2005, France.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- (48) **Haute Autorité de Santé** – recommandations professionnelles, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* Avril 2005, France.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
- (49) **Hayes B.A**, From postnatal depression to perinatal anxiety and depression: Key points of the National Perinatal Depression Plan for nurses and midwives in Australian primary health care settings. *Contemporary Nurse*, 2010, 35(1): 58-67
- (50) **Hewitt C, Gilbody S, et al**, Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis; Chap 4: Survey of available methods to identify postnatal depression, *Health Technology Assessment*, 2009; Vol. 13: No. 36, pp11-20
- (51) **Hewitt C, Gilbody S, et al**, Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis; Chap 6 : Acceptability to women and health professionals of methods to identify postnatal depression: systematic review 2, *Health Technology Assessment*, 2009; Vol.13: No. 36, pp57-75
- (52) **Huet Laetitia**, *Dépression du post-partum : étude des représentations et des attitudes de dépistage des médecins généralistes par la méthode du focus group*. Thèse d'exercice sous la direction de Pierre Le Mauff, Université de Nantes, 2005
- (53) **Jardri R**, Le dépistage de la dépression postnatale: revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Devenir* 2004/4, vol 16, 245-262
- (54) **Jardri R, Pelta J, et al**, Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression, *Journal of Affective Disorders*, 2006; 93: 169-176

- (55) **Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G**, Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001; 80 (3): 251-5
- (56) **Keromnes-Charreau Anne**, *Connaissances, difficultés et attentes des généralistes du Finistère face à la dépression du post-partum : enquête quantitative réalisée en 2007 auprès de 200 médecins généralistes finistériens*, thèse d'exercice sous la direction de Marie-Caroline Geraud-Welby, Université de Brest, 2008
- (57) **Krantz I, Eriksson B, Lundquist-Persson C, Ahlberg BM, Nilstun T**, Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): an ethical analysis. *Scand J Public Health*, 2008; 36(2): 211-6
- (58) **Kumar R, Robson KM**, A prospective study of emotional disorders in childbearing women, *Br J Psychiatry*, 1984; 144: 35-47
- (59) **Lassène-Pin Elisa**, *Le médecin généraliste face à la dépression du post-partum: enquête auprès de 447 médecins généralistes de la Haute-Vienne*. Thèse d'exercice sous la direction de Fernand Raffi, Université de Limoges, 2003
- (60) **Laudou Delamare Jane**, *État des lieux sur les difficultés du post-partum : enquête dans l'agglomération rouennaise*, Thèse d'exercice sous la direction de Laurence Delhayé, Université de Rouen, 2008
- (61) **Le breton-Lerouillois G, Romestaing P**, *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie – Situation au 1^{er} juin 2011*. Ordre National des Médecins, 2011
http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Haute-Normandie_2011.pdf?download=1
- (62) **Lebovici S**, Le psychanalyste et le développement des représentations mentales, *La Psychiatrie de l'enfant*, 1990, 33, 2, 325-364
- (63) **Lemperière T, Rouillon F, Lépine JP**, Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encyclopédie médico-chirurgicale psychiatrie*, 37660-A-10. 1984:7
- (64) **Lieux de rencontre parents-enfants en Haute-Normandie** : coordonnées disponibles sur le site du Réseau Périnatalité de Haute-Normandie :
<http://www.reseaux-perinat-hn.com/page22361.asp#ONM> (consulté le 21/09/2012)
- (65) **Lindahl V, Pearson JL, Colpe L**, Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 2005; 8(2): 77-87
- (66) **Macqueron G, Eudier F, Badiche A**, Troubles psychiatriques du post-partum : un risque réel. *Rev Prat Med Gen*, 1998; 442(12): 23-26
- (67) **Mann R, Adamson J, Gilbody SM**, Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression, *CMAJ*, 2012; 184(8): 424-430
- (68) **Marcé LV**, *De la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris BAILLIERE 1858 ; 394
- (69) **Mason L, Poole H**, Views of healthcare staff and mothers about postnatal depression screening, *Nurs Times*, 2008 Dec 16- 2009 Jan 12; 104 (50-51): 44-7
- (70) **Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P**, Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord*, 2001; 64(2-3): 175-84
- (71) **Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B**, Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale – implications for clinical and research practice, *Arch Womens Ment Health*, 2006; 9: 309-315
- (72) **Milgrom J**, Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN) : une approche cognitiviste et comportementale, *Devenir*, 2001/3, vol.13, 27-50

- (73) **Molénat F**, *Périnatalité et prévention en santé mentale*. Rapport de mission DHOS/DGS/O2/6 C n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>
- (74) **Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P**, The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at 16 years: a developmental approach. *J Child Psychol Psychiatry*, 2010; 51(10): 1150-9
- (75) **Murray L**, Le rôle des facteurs liés au nourrisson dans la dépression maternelle. Traduit par M. Robert. *Devenir*, 1998 ; 10(4): 63-77
- (76) **Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A**, The socioemotional development of 5-years-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40(8): 1259-71
- (77) **National Institute for Health and Clinical Excellence** (NICE clinical guideline 45). *Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance*. Feb 2007, UK
- (78) **O'Hara MW**, La dépression du post-partum: les études de l'Iowa, Traduit par N Guedeney, *Devenir*, 2011/3, 13: 7-20
- (79) **O'Hara MW, Swain AM**, Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev of Psychiatry*, 1996; 8: 37-54
- (80) **O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ**, Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non childbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990; 99(1): 3-15
- (81) **Paulson JF, Bazemore SD**, Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 2010; 303(19): 1961-9
- (82) **Pitt B**, Atypical Depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 1968; 114: 1325-1335
- (83) **Plan périnatalité 2005-2007** : Humanité, proximité, sécurité, qualité, http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat2005_2007.pdf
- (84) **Poinso F, Samuelian JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow J, Rufo M**, Dépressions du post-partum: délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé, *La psychiatrie de l'enfant*, 2001/2; (44): 379-413
- (85) **Racamier PC, Sens C, Cartier L**, La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum, *L'évolution psychiatrique*, 1961; 26: 525-570
- (86) **Registered Nurses' Association of Ontario** (2005). *Intervention for Postpartum Depression*. Toronto, Canada.
<http://rnao.ca/bpg/guidelines/interventions-postpartum-depression>
- (87) **Réseaux Périnatalité en Région Haute-Normandie**, Tel : 02.32.88.01.24,
<http://www.reseaux-perinat-hn.com/> (consulté le 21/09/2012)
- (88) **Rossignol AS, Nanzer N, Etter JF**, *L'entretien prénatal : un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité*. Rapport réalisé sur mandat du Département des Affaires Régionales, de l'Economie et de la Santé, dans le cadre du programme *Alliance genevoise contre la dépression*, juin 2010, Suisse
- (89) **Schumacher M, Zubarán C, White G**, Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*, 2008; 21(2): 65-70
- (90) **Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G**, Are family physicians appropriately screening for postpartum depression? *JABFP*, 2005; 18(2): 104-112

- (91) **Shakespeare J, Blake F, Garcia J**, A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Br J Gen Pract*, 2003; 53(493): 614-619
- (92) **Société Canadienne de Pédiatrie**, *La dépression de la mère et le développement de l'enfant*, Comité de la pédiatrie psychosociale, in *Paediatr Child Health*, 2004; 9(8): 589-598
- (93) **Sutter-Dallay AL, et al.**, Impact de la dépression maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. *Devenir*, 2008/1; 20: 47-63
- (94) **Teissedre F, Chabrol H**, Etude de l'EPDS (Echelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*, 2004 ; XXX : 376-81
- (95) **The Marce Society** : <http://www.marce-francophone.fr> et <http://www.marcesociety.com/>
- (96) **Tillet N, Poizat A**, Le MG et la dépression du post-partum, *Rev Prat Med Gen*, 2007; 21: 1224-6
- (97) **Tillet Nicolas**, *Le médecin généraliste et la dépression du post-partum : évaluation de l'impact d'une formation médicale continue*. Thèse d'exercice sous la direction d'Annie Poizat, Université Joseph Fournier, Grenoble, 2005
- (98) **Tissot H, Frascarolo F, Despland JN, Favez N**, Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La Psychiatrie de l'enfant*, PUF, 2011; 54: 611-637
- (99) **Villet H et al**, *Santé mentale, Psychiatrie et Périnatalité : enquête auprès des services de PMI – Enquête auprès des maternités*. Observatoire Régional de la Santé en région Haute-Normandie, mars 2008
<http://www.orshn.fr/NosTravaux/Etudes/rapportpdf/2008/GrossessePsy/Grossesse&Psy.pdf>
- (100) **Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A**, Early breastfeeding experiences and postpartum depression, *Obstet Gynecol*, 2011; 118(2Pt1): 214-21
- (101) **Whiffen VE**, The comparison of postpartum with non-postpartum depression: a rose by any other name. *J Psychiatry Neurosci*, 1991; 16(3): 160-5
- (102) **Whooley MA et al**, Case-Finding Instruments for Depression: Two questions are as good as many, *J Gen Intern Med*, 1997; 12: 439-445
- (103) **Winnicott D.W**, La préoccupation maternelle primaire, in *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Payot, 1975, p.168-174
- (104) **World Health Organization**. *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*. Report of the WHO-UNFPA meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008.
- (105) **Yalom I, Lunde D, Moos R, Hamburg D**, Post-partum blues syndrome, *Arch Gen of Psychiatry*, 1968 ; 18 : 16-27